

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 août 2017

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente

Mme Dessaux, juge, et M. Bidiville, assesseur

Greffière : Mme Kreiner

Cause pendante entre :

K._____, à [...], recourante,

et

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

Art. 28 LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. K. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], sans formation, travaillait à comme employée du service hôtelier aux Établissements Y. _____ (ci-après : Y. _____) depuis le 26 juin 2006.

L'assurée a fait l'objet d'une procédure de détection précoce en août 2009, suite notamment à une communication de son employeur à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Selon un rapport initial DP du 4 septembre 2009, l'assurée souffrait de douleurs à l'épaule, d'arthrose et de problèmes aux cervicales et au dos. Elle était alors en incapacité de travail à 50 %.

Selon un procès-verbal d'entretien téléphonique du 8 septembre 2009 établi par un médecin du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), la Dresse S. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'intéressée, a indiqué qu'il n'y avait pas de diagnostic établi pour les douleurs dont se plaignait cette dernière. Celle-ci décrivait des douleurs en exacerbation depuis un mois sans substrat organique.

Par courrier du 9 septembre 2009, l'OAI a informé l'intéressée que le dépôt d'une demande de prestations AI n'était pas indiqué, dans la mesure où elle se plaignait de douleurs dont le diagnostic n'avait pas pu être établi, du moins à ce stade. N'ayant pas d'éléments médicaux objectifs montrant une atteinte à la santé invalidante, l'OAI n'a pas donné suite à l'annonce de détection précoce.

B. Le 23 décembre 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations AI (mesures professionnelles/rente) auprès de l'OAI. Elle a fait état de maux de nuque, de la colonne vertébrale, de l'épaule et du bras

droit depuis 2003 et a invité à s'adresser à la Dresse S._____ pour des informations plus précises.

Dans un questionnaire 531 bis du 12 janvier 2010, l'intéressée a indiqué que, en bonne santé, elle travaillerait à 100 % par nécessité financière et intérêt personnel.

Selon un questionnaire pour l'employeur du 19 janvier 2010, l'assurée travaillait à plein temps avant l'atteinte à la santé et à mi-temps depuis le 1^{er} juin 2009. Elle percevait un salaire mensuel de 4'659 fr. depuis le 1^{er} janvier 2010.

Dans un rapport médical du 13 février 2010, la Dresse S._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervico-brachialgies droites, de lombalgies et d'état dépressif depuis 2003. La patiente était incapable de travailler à 50 % depuis le 24 août 2009 et pour une durée indéterminée. Elle pouvait travailler quatre heures par jour, sans port de charge de plus de 10 kg. La praticienne a en outre notamment joint à son rapport les documents médicaux suivants :

- un rapport du 17 juin 2003 de la Clinique T._____ (ci-après : la T._____), posant comme diagnostic primaire une rééducation neurologique et comme diagnostics secondaires un status après distorsion cervicale en janvier 2003 et un trouble de l'adaptation avec prédominance de réactions anxieuses, et retenant notamment ce qui suit :

"LISTE DES PROBLEMES ET DISCUSSION :

En cours de séjour, plusieurs problèmes ont été abordés :

1) Des cervicalgies irradiant dans le membre supérieur droit : Le status d'entrée montre une mobilité du rachis cervical conservée en passif chez une patiente très algique et qui se bloque spontanément. Le status neurologique ne met en évidence que troubles sensitifs mal systématisés du membre supérieur droit : hypoesthésie globale algique du membre supérieur droit, hypoesthésie algique du membre supérieur droit épargnant le territoire dans lequel la patiente dit que les cervicalgies irradient. Les réflexes sont fluctuants, mais on ne trouve pas de signes en faveur d'une atteinte cortico-spinale. Le bilan est complété par une résonance magnétique du rachis cervical dont les résultats sont sans corrélations avec les plaintes et le status clinique. Nous avons

également demandé un ENMG qui a permis d'exclure de manière objective une atteinte neurologique du membre supérieur droit.

Du point de vue des traitements, nous avons inscrit Mme K. _____ en physiothérapie. Nous nous sommes trouvés face à un échec, les thérapies intensives en milieu stationnaire adaptées à la tolérance de la patiente n'apportant qu'occasionnellement une amélioration transitoire de la symptomatologie. Ce fut notamment le cas avec le TENS et la piscine. Les traitements médicamenteux ont également eu peu d'effet sur les douleurs de la patiente et ont été limités par la tolérance de celle-ci aux médicaments. Mme K. _____ avait déjà avant le séjour à la clinique mal supporté un traitement de Sirdalud semble-t-il. Nous avons tenté un traitement de Liorésal qui a également été mal supporté. Nous avons donc utilisé du Dafalgan et du Ponstan avec protection gastrique.

Nous avons à plusieurs reprises et en présence du frère de la patiente en tant que traducteur essayé de rassurer la patiente sur le fait que les douleurs qu'elle présente ne sont pas dues à une fracture ou lésion neurologique et sont principalement liées à des contractures et déséquilibres musculaires. La patiente semble avoir compris nos explications et être un peu rassurée. Nous proposons de poursuivre de la physiothérapie antalgique légère ambulatoirement, à sec et en piscine.

2) Du point de vue neuropsychologique : On notera qu'une perte de connaissance n'a pas clairement été objectivée lors de l'accident de janvier 2003. Le bilan effectué en cours de séjour montre de légers troubles mnésiques et attentionnels, avec des fonctions exécutives, des praxies et des gnosies conservée[s], sans gros troubles du langage. Nous ne proposons pas de suivi neuropsychologique.

3) Du point de vue psychologique, on est frappé par la grande détresse de cette patiente. Nous avons demandé un consilium psychiatrique qui a montré un trouble de l'adaptation avec prédominance de réaction anxieuse. Le traitement de Seropram actuellement en cours a été maintenu pour l'instant. Nous avons expliqué à la patiente que ce traitement doit être essayé sur plusieurs mois afin de faire effet. En cas d'échec du traitement, nous vous proposons de remplacer le Seropram par un autre antidépresseur, comme par exemple le Remeron. Un suivi psychologique peut être discuté en ambulatoire, ceci soit auprès du médecin traitant, soit d'un psychologue.

4) Du point de vue professionnel, une reprise professionnelle n'est pas envisageable directement à la sortie de la clinique. Néanmoins, il nous semble nécessaire de prévoir dans un délai relativement bref une reprise à but thérapeutique afin de maintenir la patiente en activité et d'enrayer un processus d'invalidation qui risque de s'installer.

En résumé, on se trouve face à une patiente de [...] ans, accidentée de la route, qui se plaint de cervicalgies irradiant dans le membre supérieur droit. Les divers examens n'ont pas montré de fractures ou lésions neurologiques pouvant rendre compte des douleurs de la patiente qui ont cependant limité la prise en charge physiothérapeutique. Par ailleurs, les choix médicamenteux ont été limités par la tolérance de la patiente. Nous proposons de poursuivre une physiothérapie antalgique en ambulatoire et de par ailleurs réévaluer le traitement antidépresseur en cas d'échec avec le Seropram, ceci d'une part pour améliorer la thymie de la patiente mais aussi pour le rôle des antidépresseurs dans les douleurs chroniques.

CAPACITE DE TRAVAIL :

0 % du 14.05.2003 au 05.07.2003."

- un rapport du 1^{er} mai 2006 du Dr D._____, spécialiste en neurologie, qui a notamment posé le diagnostic de probable syndrome somatoforme douloureux surchargé de troubles sensitivo-moteurs sans substrat

somatique objectivable. Le neurologue y a conclu à l'absence d'atteinte électrophysiologiquement significative du nerf médian au niveau du canal carpien des deux côtés et à l'absence de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés au niveau du membre supérieur droit et dépendant des myotomes C5 à D1.

- un compte-rendu du 24 avril 2008 du Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, exposant ce qui suit à l'intention de la Dresse S._____ :

"Originaire d' [...], en Suisse depuis 20 ans, mère de trois enfants indépendants, cette patiente travaille comme polyvalente à [...].

Si j'ai bien compris, **elle est en incapacité de travail totale depuis 3 à 4 semaines**. Son mari est lui-même en arrêt de travail en lien à un status après PAC.

C'est une très longue histoire de cervicobrachialgies droites remontant à un accident avec whiplash le 5 janvier 2003. La patiente a été poly-investiguée à l'époque, l'IRM de l'épaule étant quasiment normale, l'IRM de la région cervicale démontrant des protrusions discales modérées, le bilan neurologique n'objectivant aucun signe radiculaire ou tronculaire avec finalement une prise en charge dans le centre de rééducation de la SUVA, assurance qui s'est retirée par la suite, à juste titre. Dans le rapport de sortie on parle de troubles de l'adaptation et de troubles somatoformes.

Depuis plusieurs mois tu assistes à une extension du syndrome douloureux, qui maintenant concerne également le membre supérieur gauche, mais également la racine du membre inférieur gauche, la région lombaire, avec depuis quelques semaines une main droite décrite comme douloureuse avec une tuméfaction de certaines IPD, quant à la main gauche elle est douloureuse à la mobilisation du majeur.

De fait, la patiente annonce des douleurs diffuses, tout au long de l'examen elle n'effectue pas la gestuelle demandée « parce qu'elle ne peut pas » phrase qui est répétée à de nombreuses reprises. L'examen révèle essentiellement des éléments de non organicité avec un bras droit qui est sous-utilisé et épargné, des retraits à la sollicitation de l'épaule gauche, mais également de la hanche gauche.

Le rachis est quasiment inexaminable, la région cervicale est tenue en inclinaison droite, la mobilisation ne serait possible que pour 30 à 40° en rotation gauche et 50 ou 60° en rotation droite, alors que les inclinaisons sont parfaitement libres. Pour la région lombaire, initialement il n'y a aucune flexion, à la demande on obtient une distance doigt-sol de 20 cm. Quant au bilan articulaire périphérique, il est normal, de même que l'examen neurologique radiculaire ou tronculaire. A la main droite, je relève un aspect très discrètement

nodulaire de certaines IPD ce qui pourrait suggérer un début d'arthrose d'Heberden et à la main gauche une légère ténosynovite du fléchisseur du majeur.

Les radiographies de la colonne dorsolombaire de novembre 2006 et janvier 2007 ne mettent en évidence que de discrets troubles statiques sans aucune discopathie ou atteinte vertébrale. Les radiographies des mains de fin mars 2008 ne démontrent ni chondrocalcinose, ni érosion, ni même troubles dégénératifs des IP. Quant au bilan biologique récent, il est strictement normal.

Appréciation :

Actuellement, je n'ai aucun élément clinique, radiologique ou biologique pour un rhumatisme de type rhumatoïde. Peut-être que cette patiente souffre d'une très discrète arthrose nodulaire d'Heberden débutante.

Quant à la globalité des douleurs, connues depuis 2003, se diffusant depuis quelques mois, elles sont essentiellement de nature somatoforme, sans élément objectif démontré. J'ai eu également l'impression d'un syndrome d'amplification des douleurs non négligeable.

L'arrêt de travail, de même que la physiothérapie n'ont pas amélioré le syndrome douloureux et j'estime qu'il est urgent de recommencer l'activité, faute d'évoluer vers des problèmes asséculogiques très sérieux. J'ai dit à Mme K. _____ que je ne pense pas que ses atteintes étaient suffisantes pour justifier une limitation de ses capacités de travail et à terme une demande d'AI. J'ai donc exigé une reprise du travail à 50 % dès le 1^{er} mai et à 100 % dès le 1^{er} juin. En cas d'échec de cette reprise, il faudra alors signaler le cas pour détection précoce à l'AI.

J'ai un peu peur que cette patiente ne garde pas un bon souvenir de cette consultation, mais je crois qu'il était de mon devoir d'assumer le mauvais rôle."

Le 23 septembre 2009, la Dresse S. _____ a écrit au médecin-conseil de l'assurance perte de gain maladie de l'employeur de l'assurée que cette dernière présentait des cervico-brachialgies droites non déficitaires, status après distorsion cervicale et contusions d'épaule droite lors d'un accident de voiture en 2003, des lombalgies chroniques et un état anxio-dépressif. Elle assistait à une chronicisation des symptômes douloureux malgré tous les traitements essayés jusqu'alors. La capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle d'aide de cuisine et totale dans une activité sans port de charges avec possibilité de s'asseoir.

Dans un rapport SMR du 15 avril 2010, le Dr J. _____, médecin au SMR, a retenu à titre d'atteinte principale à la santé des

rachialgies chroniques sur discopathies étagées (surtout C3-C4 et C4-C5) et à titre de facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI un probable syndrome somatoforme douloureux persistant et un état dépressif. Il a décrit les limitations fonctionnelles de l'assurée comme suit : « *pas de port de charges de plus de 10 kg ; alternance des positions ; pas de porte-à-faux ; pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale* ». S'agissant de la capacité de travail, le Dr J._____ a repris les conclusions de la Dresse S._____.

Par communication du 22 juin 2010, l'OAI a octroyé à l'intéressée une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi.

Par projet de décision de ce même 22 juin 2010, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter la demande de prestations, le degré d'invalidité s'élevant à 22 %, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 60'567 fr. et d'un revenu avec invalidité de 47'201 fr. 76, et ne donnant ainsi pas droit à une rente.

Par courrier du 8 juillet 2010, l'assurée a présenté des objections au projet susmentionné. En substance, elle a soutenu qu'elle n'était réellement pas en mesure de travailler.

Par décision du 3 décembre 2010, identique au projet du 22 juin 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

Par communication du 11 mars 2011, l'OAI a retenu que, malgré ses efforts et son soutien depuis le 10 septembre 2010, il n'était pas parvenu dans un laps de temps convenable à réintégrer l'intéressée sur le marché du travail. Par conséquent, l'aide au placement était terminée.

C. Le 6 mars 2013 (date du timbre postal), l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI auprès de l'OAI, invoquant une maladie.

Requise de produire un rapport médical établissant une aggravation de son état de santé, l'intéressée a fait adresser à l'OAI un rapport du 21 mars 2013 de la Dresse S._____, dans lequel cette dernière a posé les diagnostics suivants :

"Cervico-brachialgies à prédominance D sur hernie discale C4-C5
Lombalgies chroniques avec sciatalgies et épisodes de blocage
Etat anxio-dépressif
Tendinopathie achilléenne G
Tendinopathie de la coiffe des rotateurs épaule G."

S'agissant de l'évolution depuis 2010 et de la capacité de travail de la patiente, la praticienne a écrit ce qui suit :

"Evolution depuis 2010

Les cervico-brachialgies et lombalgies, déjà connues, se sont aggravées depuis 2010. Le problème du tendon d'Achille est apparu en 2011 et la tendinopathie de l'épaule G en 2012. Ces maladies provoquent des douleurs tant diurnes que nocturnes, et rendent pénibles la station debout prolongée et les travaux de force.

Capacité de travail

Actuellement nulle

Remarques et pronostic

Incapacité à 50 % (aide de cuisine) depuis août 2009, licenciée le 28.2.2011.

Pendant la période de chômage, plusieurs tentatives de réinsertion ou de stages ont échoué, Mme K._____ n'arrivant pas à atteindre les objectifs de rendement en raison de ses douleurs.

Incapacité totale depuis le 4.9.2012.

Sur le plan médical, je n'ai malheureusement pas de traitement à proposer pour récupérer sa capacité de travail."

Dans un rapport médical du 16 avril 2013, la Dresse S._____ a énuméré comme suit les causes de l'incapacité de travail : cervico-brachialgies à prédominance droite sur hernie discale C4-C5 depuis 2003, lombosciatalgies chroniques depuis 2003, tendinopathie achilléenne gauche depuis 2011, tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche depuis 2012 et état anxio-dépressif depuis 2003. La praticienne a également relevé que les douleurs chroniques étaient en aggravation progressive au cours des années. Elle a précisé que l'assurée n'était plus capable de s'occuper entièrement de son ménage. S'agissant des constatations objectives, la Dresse S._____ a fait état de contractures musculaires cervicales et lombaires sans déficit neurologique et de douleurs à l'abduction de l'épaule gauche. Elle n'avait pas de traitement à proposer pour récupérer une capacité de travail. L'incapacité de travail de la patiente était totale depuis septembre 2012 pour une durée indéterminée.

Dans un rapport médical du 5 mai 2013, le Dr L._____ n'a pas posé de diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Il a également estimé qu'une activité était exigible dans un travail adapté au rachis (pas de port de charges répétitives/changement de postures) à un taux complet. Il a en outre produit un rapport adressé le 9 mars 2012 à la Dresse S._____, dont il ressortait notamment ce qui suit :

"Cette patiente a donc développé des troubles somatoformes douloureux persistants depuis un accident de la circulation avec whiplash cervical en 2003. Elle s'est faite licenciée de son activité à [...], elle est bientôt en fin de droit du chômage, son mari est lui-même à l'Al.

On retrouve les plaintes présentes depuis plusieurs années sous forme de cervico-brachialgies bilatérales, je note qu'une IRM cervicale que j'ai regardée datant de 2009 démontre une petite protrusion discale en C4-C5 n'engendrant pas de conflit disco-radulaire évident. D'ailleurs à l'examen du jour, il n'y a pas de signe radulaire aux membres supérieurs ou médullaire aux membres inférieurs. La région cervicale est douloureuse à la mobilisation mais sans limitation significative.

Par ailleurs, elle est connue pour des lombosciatalgies à bascule, là également très atypiques avec une IRM lombaire datant de 2011 que je considère comme strictement normale. Là également l'examen tant rachidien que radulaire des membres inférieurs est normal.

Depuis quelques mois c'est les deux épaules qui sont symptomatiques, tout a commencé à droite pour basculer sur la gauche avec des douleurs nocturnes décrites comme intolérables.

Tu te posais la question d'un mal positionnement de l'épaule gauche.

Ta radiographie de l'épaule ne démontre pas de calcification, peut-être une discrète ascension de la tête humérale difficile à interpréter.

L'examen clinique est quasi impossible tant les manifestations fonctionnelles sont exubérantes. Toutefois, je peux certifier qu'il n'y a pas d'épanchement de l'épaule gauche et surtout aucun élément en faveur d'une luxation par exemple postérieure de la tête humérale, les rotations étant tout à fait symétriques.

Cliniquement l'épaule gauche est douloureuse en regard du long chef du biceps mais également à la sollicitation de la coiffe en abduction.

Certes l'examen est très atypique mais compte tenu de ses douleurs à l'abduction rotation externe et d'une légère ascension de la tête, j'ai tenté une infiltration par voie sous-acromiale en pensant à une éventuelle irritation ou tendinopathie de coiffe.

Après l'injection comprenant de la Xylocaïne, la mobilité de l'épaule était complète et la patiente se disait améliorée.

Quoi qu'il en soit la présentation est par trop colorée, je doute que ce geste transforme l'avenir mais peut-être qu'il permettra à la patiente de continuer son stage qu'elle effectue pour le chômage.

Il est certain que l'Al ne rentrera pas en matière pour une prise en charge pour le moins sur le plan somatique. Je ne te propose aucune autre investigation. Quant au traitement, il est basé sur du Dafalgan, du Zalciar et parfois du Ponstan, tous les médicaments sont mal tolérés comme on peut s'y attendre dans ces situations."

Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été effectué au SMR par les Drs G._____, spécialiste en médecine physique

et réadaptation, et P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'examen rhumatologique a eu lieu le 22 août 2014, l'examen psychiatrique le 16 octobre 2014. Les experts ont fait part de leurs constatations et conclusions dans un rapport daté du 31 octobre 2014, dont on extrait ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- ***avec répercussion durable sur la capacité de travail***
 - **CERVICALGIES CHRONIQUES DANS LE CONTEXTE D'UNE HERNIE DISCALE C4-C5 PARAMÉDIANE DROITE NON DÉFICITAIRE (M 54.2).**

- ***sans répercussion sur la capacité de travail***
 - **LÉGÈRE ARTHROSE DES INTERPHALANGIENNES DISTALES DE LA MAIN DROITE, PRÉDOMINANT AU NIVEAU DE L'INDEX.**
 - **TENDINOSE DU TENDON D'ACHILLE.**
 - **TROUBLE SOMATOFORME INDIFFÉRENCIÉ F 45.1[.]**

APPRÉCIATION DU CAS

L'assurée annonce des douleurs de la nuque et de l'épaule droite depuis un accident de la voie publique survenu en 2003. Cette douleur se manifeste chaque jour sous forme de lancées douloureuses. L'assurée dit souffrir de douleurs lombaires depuis 2007 ; cette douleur atteint la hanche gauche depuis 7 à 8 mois lors de la marche. Cette douleur est parfois aussi présente en position assise, accompagnée de fourmillements dans les pieds.

A l'examen clinique, l'assurée limite les mouvements du rachis dans tous les axes, alléguant de trop fortes douleurs. Ces limitations sont inconstantes avec, par exemple, une flexion cervicale, qui est par moments limitée à 10 cm (distance menton-sternum), mais diminue à un autre moment à 1 cm. La position assise est maintenue pendant 45 minutes, alors que l'assurée affirme ne pas pouvoir tenir plus de 10 minutes dans cette position. Les signes et symptômes et non-organicité de Waddell sont à 5/5. L'examen neurologique est normal.

Sur le plan radiologique, l'IRM de la colonne cervicale du 17.04.2009 montre une légère protrusion discale C3-C4 et une hernie discale paramédiane droite discrètement luxée vers le haut, formant une empreinte sur le fourreau dural au niveau C4-C5.

Les radiographies de la colonne dorsale du 13.11.2006 montrent une discrète scoliose à concavité gauche et une minime ostéophytose antérieure médiadorsale[.]

Les radiographies de la colonne lombaire du 10.11.2008 montrent une discrète sclérose des articulaires postérieurs au niveau des étages inférieurs.

L'IRM de la colonne lombaire du 11.10.2011 est normale pour l'âge.

La hernie discale C4-C5 n'explique que très partiellement les douleurs alléguées par l'assurée et n'explique pas les autolimitations concernant la mobilité du rachis dans tous les axes. Cette hernie discale ne provoque pas d'atteinte neurologique. Un score de

Waddell à 5/5, la fluctuation des amplitudes articulaires, notamment concernant la flexion cervicale, la non persistance de la boiterie à la marche, la diffusion des douleurs sans substrat organique évoquent un comportement douloureux. Les investigations neurologiques effectuées à la Clinique T. _____ (cf. lettre de sortie du Dr N. _____, neurologue et du Dr Z. _____, médecin assistant, du 17.06.2013), les examens électro-neuromyographiques effectués par le Dr D. _____, neurologue (cf. rapport du 5.12.2003 et du 1.05.2006), ont pu exclure une atteinte neurologique. Malgré l'absence d'atteinte neurologique, cette hernie discale justifie, sur le plan biomécanique, des limitations fonctionnelles concernant les positions statiques de la tête, les mouvements répétitifs en flexion-extension ou rotation, le port de charges de plus de 10 kg au-dessus de l'horizontal[e], les activités prolongées avec les bras au-dessus de l'horizontale.

Concernant les membres supérieurs, l'assurée déclare que, depuis l'accident de voiture de 2003, la douleur de la nuque s'étend jusqu'à l'épaule droite. Depuis 2008, une douleur touche également l'épaule gauche. Les douleurs des épaules sont plus fortes la nuit, provoquant de fréquents réveils. Il n'y a pas de dérouillage matinal. La douleur est augmentée lors de l'élévation des bras. L'assurée signale des fourmillements du bras droit durant la nuit. Elle indique que des injections de cortisone, effectuées dans l'épaule gauche par le Dr L. _____, ont permis d'atténuer la douleur.

A l'examen clinique, il n'y a pas d'amyotrophie de la ceinture scapulaire. L'assurée limite les amplitudes articulaires des épaules, alléguant de trop fortes douleurs. Ces limitations articulaires se manifestent par des contrepulsions de l'assurée, mais pas par un blocage articulaire. Les différents muscles de la coiffe des rotateurs sont compétents ; leur force maximale n'est pas évaluable en raison des nombreux lâchages antalgiques de l'assurée. La palpation et la mobilisation des épaules est diffusément douloureuse, sans qu'un conflit sous-acromial puisse être mis en évidence.

La radiographie de l'épaule gauche du 21.02.2012 est normale. Le rapport de radiographie de l'épaule droite du 24.12.2013 du Dr U. _____, radiologue (l'assurée s'est présentée à l'examen sans les clichés) indique une ébauche d'ostéophytose de l'extrémité de l'acromion et un début d'arthrose acromio-claviculaire.

Les minimales anomalies dégénératives objectivées sur la radiographie de l'épaule droite n'expliquent pas les plaintes de l'assurée et les limitations fonctionnelles.

Le Dr L. _____, rhumatologue, signalait la présence de douleurs des épaules dans son rapport du 9.03.2012 et mettait en relation la symptomatologie douloureuse à un trouble somatoforme douloureux persistant et pas à une atteinte ostéoarticulaire. La diffusion des douleurs et le comportement algique de l'assurée, avec un bilan radiologique rassurant, confirment une origine non organique à ses douleurs, qui ne nécessitent donc pas de mesures de protection articulaire.

Lors de l'examen de ce jour, l'assurée ne se plaint pas spontanément des mains. De minimales nodules arthrosiques sont mis en évidence, principalement au niveau de l'articulation

interphalangienne distale de l'index droit. La mobilité de la main et des doigts est complète. La préhension des objets est bonne. L'assurée mobilise différents objets ou se sert d'un stylo pour écrire sans difficulté. Cette légère arthrose des doigts n'est pas incapacitante.

Concernant les membres inférieurs, l'assurée signale des douleurs du genou gauche depuis 2 ans lorsqu'elle monte des escaliers et parfois en marchant. Cette douleur est intermittente, calmée par la position assise. L'assurée signale aussi une douleur à la partie antérieure et latérale de la cheville gauche. Cette douleur est devenue plus forte depuis novembre 2013, l'obligeant parfois à s'arrêter lorsqu'elle marche. Cette douleur est aussi intermittente, pas toujours présente à la marche. Elle n'est pas présente au repos.

A l'examen clinique, il y a une boiterie intermittente. Les amplitudes articulaires des membres inférieurs sont conservées. Il n'y a pas de signe inflammatoire. L'assurée n'effectue pas certaines gestuelles demandées comme s'accroupir, marcher sur les talons, marcher 1 pied devant l'autre en funambule, répétant à de nombreuses reprises qu'elle ne peut pas ou qu'elle craint de tomber ou que les douleurs sont trop fortes.

L'assurée n'a pas de radiographie des genoux. Toutefois, au vu d'un examen clinique normal de cette articulation, cet examen n'est pas nécessaire.

Le Dr S. _____ signale, dans son rapport du 16.04.2013, la présence d'une tendinopathie achilléenne gauche depuis 2011. Selon le rapport du Dr R. _____, chef de clinique en radiologie, daté du 10.01.2011, une IRM de la cheville gauche montre une tendinopathie à la moitié postérieure du tendon d'Achille, à environ 6,5 cm de son insertion et une petite bursite rétro-calcanéenne.

Toutefois, lors de l'examen de ce jour, l'assurée ne se plaint pas de douleur au niveau du tendon d'Achille. La percussion de ce tendon est indolore. La mobilité de la cheville est conservée. Au vu de l'absence de plaintes au niveau du tendon d'Achille, d'un examen clinique normal, il n'y a pas lieu de retenir des limitations fonctionnelles durables concernant cette tendinopathie actuellement asymptomatique du tendon d'Achille.

Le rapport du Dr N. _____ et du Dr Z. _____ concernant l'hospitalisation à la Clinique T. _____ de 2003, les rapports du Dr D. _____ du 5.12.2003 et du 1.05.2006, les rapports du Dr L. _____ du 24.04.2008 et du 9.05.2011 font tous état d'une mauvaise corrélation entre les plaintes subjectives de l'assurée, ses nombreuses auto-limitations avec le peu d'anomalies objectivables. Seule la hernie discale cervicale C4-C5 justifie une limitation partielle dans l'activité d'aide de cuisine. En effet, il s'agit d'une activité modérément physique, impliquant de longues périodes en position debout. Toutefois, en l'absence d'aggravation de cette hernie discale, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'avis du Dr J. _____, médecin du SMR, qui indiquait, dans son rapport du 15.04.2012, une capacité de travail de 50 % comme aide de cuisine et de 100 % dans une activité adaptée.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit donc d'une assurée de [...] ans, originaire du [...], entrée en Suisse en 1991, sans formation, mariée, 3 enfants adultes, qui a travaillé comme aide de cuisine au[x] Y. _____ ([...]), jusqu'en 2011. Elle a été licenciée le 28.02.2011 et n'a jamais retravaillé depuis. Elle dépose une nouvelle demande en date du 07.03.2013, dans un contexte de douleurs somatoformes et de dépression.

L'assurée relate qu'elle aurait connu un épisode dépressif il y a plus de 15 ans, avant son accident de janvier 2003. Elle aurait alors consulté un psychiatre à Orbe durant plusieurs années, et un traitement par Seropram® aurait été prescrit. Par la suite, l'assurée a été suivie par son médecin traitant et elle n'aurait jamais repris de suivi psychiatrique. L'assurée déclare : « maintenant, je me sens bien ». Elle voit son médecin traitant, la Dresse S. _____, en moyenne une fois par mois.

Dans son rapport médical du 23.09.2009, la Dresse S. _____ retenait le diagnostic psychiatrique d'état anxio[-]dépressif. Elle précisait : « il s'agit d'un trouble somatoforme post-traumatique chronicisé ».

Dans son rapport médical du 13.02.2010, la Dresse S. _____ retenait le diagnostic psychiatrique d'état dépressif. Elle évoquait une « chronicisation des symptômes douloureux malgré tous les traitements, état stationnaire ». Une incapacité de travail de 50 % dès le 24.08.2009 était attestée.

Enfin, dans son rapport médical du 21.03.2013, la Dresse S. _____ retenait le diagnostic psychiatrique d'état anxio[-]dépressif depuis 2003. La Dresse S. _____ attestait une incapacité de travail de 50 % dès août 2009 et de 100 % dès septembre 2012.

Dans son rapport neurologique du 05.12.2003, le Dr D. _____ écrivait : « la persistance des troubles doit vraisemblablement être recherchée dans les facteurs psychologiques ». Le Dr D. _____ confirmait son avis diagnostic dans son rapport du 01.05.2006 : « probable syndrome douloureux sans substrat organique objectivable ».

Enfin, dans son rapport rhumatologique du 24.04.2008, le Dr L. _____ écrivait : « les douteurs sont essentiellement de nature somatoforme, sans élément objectif démontré ».

L'examen psychiatrique de ce jour n'objective pas de pathologie psychiatrique. En particulier, il n'existe pas d'épisode dépressif : l'humeur est normale, non abaissée, il n'y a pas de diminution de l'intérêt et du plaisir, et la réduction de l'énergie présentée par l'assurée est à prédominance vespérale et en relation avec ses douleurs. Par ailleurs, les critères mineurs de la dépression sont absents, de même que le syndrome somatique de la dépression (un seul symptôme présent, une diminution de la libido).

En présence de douleurs persistantes non entièrement expliquées par un processus physiologique ou un trouble physique, mais non accompagnées d'un sentiment de détresse, le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié est retenu. Ce diagnostic impose la discussion des critères de sévérité : d'une part, il n'existe pas de comorbidité psychiatrique manifeste. D'autre part, si nous sommes

bien en présence d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, et si l'on doit admettre que le traitement a jusqu'à présent échoué, on ne peut affirmer l'état psychique de l'assurée cristallisé, c'est-à-dire sans évolution possible [sur] le plan thérapeutique. Enfin, il n'existe pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, comme le montre la vie quotidienne. L'affection présentée par l'assurée n'est donc pas incapacitante au sens de l'AI, elle ne relève pas de l'AI.

Au total, sur le plan psychiatrique, on doit considérer que l'assurée n'a jamais présenté d'incapacité de travail durable.

Limitations fonctionnelles

Rachis cervical : pas de mouvements répétitifs de flexion-extension ou de rotation cervicale, pas de posture statique prolongée sans possibilité de changer de position, pas de port de charges supérieures à 10 kg au-dessus de l'horizontal[e], pas d'activité prolongée [des] membres supérieurs au-dessus de l'horizontale.

Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a pas de limitations fonctionnelles.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Il y a une incapacité de travail de 50 % dans l'activité d'aide de cuisine depuis le 24.08.2009 (cf. rapport du Dr S. _____ du 13.02.2010).

Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a jamais eu d'incapacité de travail.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Il est resté stable.

Sur le plan psychiatrique, sans objet.

Concernant la capacité de travail, elle est déterminée par la tolérance mécanique du rachis cervical dans le cadre d'une hernie discale C4-C5 non déficitaire. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail est complète.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE D'AIDE DE CUISINE : 50 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 % DEPUIS LE 24.08.2009

A traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation."

Dans un rapport SMR du 20 novembre 2014, la Dresse

M. _____, médecin au SMR, a retenu que l'atteinte principale à la santé consistait en des cervicalgies chroniques dans le contexte d'une hernie discale C4-C5 paramédiane droite non déficitaire. Comme facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI, elle a relevé une légère arthrose des interphalangiennes distales de la main droite, prédominant au niveau de l'index, une tendinose du tendon d'Achille et un trouble somatoforme indifférencié (F 45.17). La capacité de travail

était de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 %, depuis le 24 août 2009, dans une activité adaptée. La Dresse M. _____ a par ailleurs repris les limitations fonctionnelles énumérées dans le rapport d'examen clinique du SMR.

Dans un projet de décision du 4 décembre 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, au motif qu'il n'y avait aucune modification de son état de santé depuis la première décision de refus de rente d'invalidité. Dès lors, le préjudice économique restait inchangé.

L'assurée a présenté des objections par courrier du 15 décembre 2014. En substance, elle a allégué que son état s'était aggravé, les douleurs présentes à l'époque de sa première demande s'étant amplifiées, voire étendues, dans le dos, le bras et les jambes, et de nouvelles douleurs étant apparues. Elle a ajouté que, psychologiquement, il n'était pas aisé de vivre avec ces douleurs. Elle se levait au moins dix fois par nuit, ne pouvait plus assumer des tâches de son ménage, ni subvenir à ses besoins sans revenu. L'intéressée a par ailleurs renvoyé aux rapports médicaux de la Dresse S. _____.

Sollicitée le 23 décembre 2014 par l'OAI de fournir de nouveaux éléments susceptibles de permettre à l'autorité de revoir sa position, l'assurée a demandé par courrier du 25 janvier 2015 une réévaluation au sein de la clinique de [...], afin d'obtenir un nouveau diagnostic des médecins de l'AI. Elle a ajouté que, si les maux n'étaient peut-être pas de nature nouvelle, ils s'étaient généralisés à d'autres membres du corps, de sorte que sa maladie se dégradait.

Par décision du 5 février 2015 identique à son projet du 4 décembre 2014, l'OAI a rejeté la deuxième demande de prestations AI de l'assurée.

D. Par acte du 9 mars 2015, K._____, représentée par un conseil, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée de l'OAI, concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'intimé. En substance, elle a fait valoir que son état de santé s'était modifié et aggravé depuis la première demande AI déposée. D'une part, les douleurs déjà présentes s'étaient aggravées et amplifiées. D'autre part, d'autres douleurs s'étaient manifestées et étendues. Son conseil a également annoncé vouloir compléter le recours dès qu'elle aura pu prendre connaissance du dossier, l'acte déposé l'ayant été principalement pour sauvegarder le délai de recours.

Dans sa réponse du 23 avril 2015, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

La recourante, qui n'était plus représentée par son conseil, ne s'est pas déterminée sur la réponse dans le délai imparti.

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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (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 - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) 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 est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1 ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande de prestations du 6 mars 2013. Le litige porte singulièrement sur le point de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre la décision rendue le 3 décembre 2010 et la décision litigieuse du 5 février 2015.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute

perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C_645/2016 du 25 janvier 2017 consid. 5.2).

b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_662/2016 du 15 mars 2017 consid. 2.2 et 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 130 I 180 consid. 3.2 et 125 V 193 consid. 2 ; TF 9C_718/2015 du 22 mars 2016 consid. 5.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge en cas de recours - se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à

indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

c) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1).

Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale rappelées ci-dessus, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations

d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références citées ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2).

d) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. Il appartient 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 établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_905/2015 du 29 août 2016 consid. 5.3.2, 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1 et 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1).

L'existence de pièces médicales aboutissant à des conclusions apparemment contradictoires ne suffit en soi pas à justifier l'existence d'un doute minime quant à la pertinence d'avis de médecins employés par l'assurance (ATF 135 V 465 ; TF 9C_96/2017 du 3 août 2017 consid. 4.2.6).

4. a) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008).

b) Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existait, jusqu'à l'arrêt rendu le 3 juin 2015 par le Tribunal fédéral en la cause 9C_492/2014 publié aux ATF 141 V 281, une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail pouvait résulter

de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne disposait pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles étaient réunies devait être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retenait, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Pouvait constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Parmi les autres critères déterminants, devaient être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il était également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on devait conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissaient insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ; notamment TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2 et références citées).

c) Dans l'ATF 141 V 281 cité ci-dessus, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et

d'affections psychosomatiques assimilées. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA, qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité). En d'autres termes, la reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (consid. 6 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. En effet, la définition de cette atteinte mentionne comme « plainte essentielle », une « douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse ». En outre, ce trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de l'entourage et des médecins (ch. F 45.40 de la CIM [Classification internationale des maladies]-10 2014). Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014

du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (également TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2).

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt précité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en

considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt précité).

Le Tribunal fédéral a précisé que ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (TF 9C_716/2015 du 30 novembre 2015 consid. 4.1 ; TAF C-1916/2015 du 31 mai 2016).

5. a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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. Les exigences découlant de cette réglementation doivent 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 alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées ; TF 9C_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 2 et I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

b) 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'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_789/2012

du 27 juillet 2013 consid. 2.2 et 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre 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, 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 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence citée ; TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

6. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations AI déposée le 6 mars 2013 par la recourante et a repris l'instruction en ordonnant notamment un examen clinique bidisciplinaire au SMR. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 3 décembre 2010 et la décision litigieuse du 5 février 2015, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

a) Dans le cadre de l'examen de la première demande de l'intéressée, l'OAI s'est fondé principalement sur le rapport SMR du 15 avril 2010 du Dr J._____. Ce dernier y a posé le diagnostic de rachialgies chroniques sur discopathies étagées (surtout C3-C4 et C4-C5). Il a également relevé un probable syndrome somatoforme douloureux persistant et un état dépressif, étant précisé qu'il s'agissait là de

facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI. La capacité de travail de l'intéressée était de 50 % dans l'activité habituelle d'aide de cuisine et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir en alternance des positions mais sans port de charges de plus de 10 kg, sans porte-à-faux et sans travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale. Sur cette base, l'OAI a refusé par décision du 3 décembre 2010 la demande de prestations de l'intéressée, au motif que le taux d'invalidité présenté par cette dernière (22 %) ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. Cette décision est entrée en force faute de recours dans le délai légal.

b) Pour se prononcer sur la deuxième demande de prestations, l'OAI a mis en œuvre un examen clinique bidisciplinaire au SMR. Dans ce cadre, les experts G._____ et P._____ ont posé les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de cervicalgies chroniques dans le contexte d'une hernie discale C4-C5 paramédiane droite non déficitaire et sans répercussion sur la capacité de travail de légère arthrose des interphalangiennes distales de la main droite, prédominant au niveau de l'index, de tendinose du tendon d'Achille et de trouble somatoforme indifférencié.

aa) aaa) Sur le plan somatique, le Dr G._____ a relevé que la hernie discale C4-C5 dont souffrait l'intéressée n'expliquait que très partiellement les douleurs alléguées par cette dernière et ne justifiait pas les autolimitations concernant la mobilité du rachis dans tous les axes. Elle ne provoquait par ailleurs pas d'atteinte neurologique. Un score de Waddell à 5/5, la fluctuation des amplitudes articulaires (en particulier s'agissant de la flexion cervicale), la non persistance de la boiterie à la marche et la diffusion des douleurs sans substrat organique évoquaient pour l'expert un comportement douloureux. Cela dit, malgré l'absence d'atteinte neurologique, la hernie discale justifiait, sur le plan biomécanique, des limitations fonctionnelles concernant les positions statiques de la tête, les mouvements répétitifs en flexion-extension ou rotation, le port de charges de plus de 10 kg au-dessus de l'horizontale et les activités prolongées avec les bras au-dessus de l'horizontale (examen clinique p. 10 et 11). L'IRM de la colonne lombaire était en outre normale

pour l'âge. Concernant les membres supérieurs, l'expert G._____ a observé qu'à l'examen clinique, il n'y avait pas d'amyotrophie de la ceinture scapulaire. L'assurée limitait les amplitudes articulaires des épaules, alléguant de trop fortes douleurs. La radiographie de l'épaule gauche était normale et les minimales anomalies dégénératives objectivées sur la radiographie de l'épaule droite n'expliquaient pas les plaintes de l'assurée et les limitations fonctionnelles. La diffusion des douleurs et le comportement algique de l'intéressée, avec un bilan radiologique rassurant, confirmaient l'origine non organique de ses douleurs (examen clinique p. 11). Par ailleurs, de minimales nodules arthrosiques étaient mis en évidence, principalement au niveau de l'articulation interphalangienne distale de l'index droit, cette légère arthrose n'étant toutefois pas incapacitante (examen clinique p. 11). Concernant les membres inférieurs, le Dr G._____ a fait état d'un examen clinique normal du genou, malgré une boiterie intermittente. Les amplitudes articulaires des membres inférieurs étaient en particulier conservées et il n'y avait pas de signe inflammatoire. Il a relevé de surcroît que l'assurée ne s'était pas plainte de douleur au niveau du tendon d'Achille, que la percussion de ce tendon était indolore et que la mobilité de la cheville était conservée. Au vu de l'absence de plaintes au niveau du tendon d'Achille et d'un examen clinique normal, il a estimé qu'il n'y avait pas lieu de retenir des limitations fonctionnelles durables concernant cette tendinopathie asymptomatique (examen clinique p. 11 et 12). En conclusion, l'expert G._____ a relevé que seule la hernie discale cervicale C4-C5 justifiait une limitation partielle dans l'activité d'aide de cuisine. Toutefois, en l'absence d'aggravation, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'avis du Dr J._____ qui indiquait, dans son rapport du 15 avril 2012, une capacité de travail de 50 % comme aide de cuisine et de 100 % dans une activité adaptée (examen clinique p. 12).

bbb) Aucun des rapports médicaux figurant au dossier ne mettent en doute les conclusions de l'expert.

L'appréciation du Dr L._____ (rapports des 9 mars 2012 et 5 mai 2013) est en ligne avec celle de l'expert G._____. En effet,

s'agissant des cervico-brachialgies, le premier nommé a noté une protrusion discale en C4-C5 n'engendrant pas de conflit disco-radicaire évident. Il n'y avait en outre, selon lui, pas de signe radicaire aux membres supérieurs ou médullaire aux membres inférieurs, la région cervicale étant douloureuse à la mobilisation mais sans limitation significative. Le praticien a par ailleurs qualifié les lombosciatalgies de « très atypiques », l'IRM lombaire de 2011 étant considérée comme strictement normale. L'examen clinique des membres inférieurs était également normal tant sur le plan rachidien que radicaire. S'agissant des épaules, le praticien a estimé qu'il n'y avait pas de calcification, mais peut-être une discrète ascension de la tête humérale difficile à interpréter. L'examen clinique était toutefois quasi impossible tant les manifestations fonctionnelles étaient exubérantes. Il a néanmoins certifié qu'il n'y avait pas d'épanchement de l'épaule gauche et surtout aucun élément en faveur d'une luxation par exemple postérieure de la tête humérale, les rotations étant tout à fait symétriques. Dans ce contexte, le Dr L. _____ s'est déclaré certain que l'OAI ne rentrerait pas en matière pour une prise en charge, à tout le moins sur le plan somatique. Finalement, dans son rapport médical du 5 mai 2013, il a retenu que la recourante était apte à travailler à temps plein dans une activité adaptée au rachis, sans port de charges répétitives et avec changement de posture.

La Dresse S._____ est la seule à qualifier la capacité de travail de la recourante de nulle depuis 2012 (rapport du 21 mars 2013). Pour justifier la péjoration de l'état de santé de cette dernière, elle a fait état d'une aggravation des cervicalgies et lombalgies connues depuis 2003 et de l'apparition en 2011, respectivement en 2012, d'une tendinopathie achilléenne à gauche et d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. A cet égard, on relèvera toutefois qu'elle n'a apporté aucun élément objectif étayant son propos. Elle s'est au contraire contentée de rapporter les plaintes de l'intéressée, en particulier s'agissant de l'aggravation des pathologies connues de longue date, et de lister ses nouveaux diagnostics. Or, comme l'ont retenu en particulier l'expert G._____ mais également les médecins de la T._____ (rapport du 17 juin 2003) et le Dr L._____ (rapports médicaux du 24 avril 2008 et du 5 mai 2013), la recourante a montré une tendance à exagérer ses plaintes, de sorte que les médecins n'ont souvent pas retrouvé de corrélation entre les plaintes et les limitations évoquées. Par ailleurs, la Cour observe que les diagnostics de tendinopathie achilléenne gauche et de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche ne sont pas documentés par la praticienne, alors que l'examen clinique du tendon d'Achille effectué lors de l'expertise de 2014 était normal, que l'assurée ne s'est pas plainte de douleur à cet endroit et que la radiographie de l'épaule gauche était également normale. On ne voit ainsi pas en quoi l'avis laconique de la Dresse S._____ devrait l'emporter sur l'appréciation fouillée et étayée de l'expert G._____.

ccc) Au vu de ce qui précède, il n'y a aucun motif de s'écarter des constatations du Dr G._____ sur le plan somatique.

bb) aaa) Sur le plan psychique, le Dr P._____ a d'abord exclu tout épisode dépressif. Il a observé que l'humeur était normale, non abaissée, et qu'il n'y avait pas de diminution de l'intérêt et du plaisir. Par ailleurs, les critères mineurs de la dépression étaient absents, de même que le syndrome somatique de la dépression, sous réserve d'une diminution de la libido (examen clinique p. 9 et 12).

Il n'y a au dossier aucun rapport médical permettant de douter de ces conclusions. En effet, la Dresse S. _____ s'est contentée de mentionner un état anxio-dépressif (rapports médicaux des 21 mars et 16 avril 2013), sans le documenter. De plus, le fait que l'état dépressif - au demeurant déjà cité par le Dr J. _____ parmi les facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI dans le rapport SMR du 15 avril 2010 - dure depuis 2003 exclut dans tous les cas toute aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la dernière décision entrée en force en 2010.

bbb) L'expert psychiatre a également posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de trouble somatoforme indifférencié. L'absence de caractère invalidant de ce diagnostic ayant été admis selon les anciens critères jurisprudentiels, il convient de vérifier si l'examen clinique bidisciplinaire effectué au SMR, et plus particulièrement son volet psychiatrique, permet une appréciation concluante de la capacité de travail réellement exigible au moyen du catalogue d'indicateurs développé par le Tribunal fédéral dans l'ATF 141 V 281.

En premier lieu, on constate que le diagnostic est posé selon les règles de l'art. Il ressort en particulier de l'expertise bidisciplinaire que la recourante a signalé dès 2003 des cervicalgies et lombalgies récurrentes qui se sont exacerbées quelques années plus tard. Des douleurs aux épaules, au genou gauche et à la cheville gauche sont apparues après 2010, sans élément objectif démontré. Les points douloureux spécifiques à la fibromyalgie étaient à 16/18 (examen clinique p. 9) et l'intéressée s'est plainte de mal dormir la nuit en raison de ses douleurs de nuque et d'épaules (examen clinique p. 6). Le ménage et la cuisine étaient en outre effectués par sa belle-fille, les courses par son fils et sa belle-fille, même si elle les accompagnait de temps en temps quand elle ne se sentait pas trop fatiguée (examen clinique p. 7). On soulignera encore que le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié n'est pas contesté par la recourante et est superposable à celui de trouble somatoforme persistant posé par le Dr L. _____ le 9 mars 2012.

On peut en revanche se demander s'il existe un motif d'exclusion au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral, compte tenu notamment de l'exagération des symptômes retenus par les médecins ayant examiné la recourante. Cette question peut toutefois rester ouverte, dans la mesure où, selon les nouveaux critères jurisprudentiels, le trouble somatoforme indifférencié de l'intéressée n'est de toute manière pas invalidant pour les raisons exposées ci-dessous.

Sous l'angle du degré de gravité fonctionnel, on relèvera qu'il n'existe pas de constat d'échec d'un traitement médical réalisé conformément aux règles de l'art et avec la collaboration de la recourante. Elle a cessé toute physiothérapie depuis juin 2014 et l'injection comprenant de la Xylocaïne effectuée par le Dr L. _____ a, au moins temporairement, permis d'améliorer la mobilité de son épaule (examen clinique p. 11). Il s'avère également que l'intéressée ne consulte le Dr L. _____ qu'une fois par an et a cessé tout traitement psychiatrique depuis de très nombreuses années, le suivi étant assumé depuis lors par la Dresse S. _____ qu'elle voit en moyenne une fois par mois (examen clinique p. 5 et 6). Ainsi, avec l'expert P. _____ (examen clinique p. 13), on ne peut en l'état pas exclure une évolution possible sur le plan thérapeutique.

En ce qui concerne la structure de personnalité de la recourante, la Cour observe qu'au terme de son examen, l'expert psychiatre était d'avis que la recourante qui, selon le dossier avait consulté un psychiatre pendant plusieurs années mais avait déclaré « *maintenant je me sens bien* » (examen clinique p. 5 et 6), ne présentait pas d'épisode dépressif, d'anxiété généralisée, ni de sentiment de détresse ou de signes de la série psychotique (examen clinique p. 9 et 13). Il n'a pas non plus relevé de comorbidité psychiatrique manifeste, ni de trouble phobique obsessionnel ou de trouble de la personnalité (examen clinique p. 9 et 13).

Finalement, s'agissant du contexte social (examen clinique p. 7), il ressort du dossier que la recourante possédait un bon environnement

social, qui était conservé malgré ses atteintes à la santé. Elle était bien entourée par sa famille puisqu'elle vivait avec son mari, leurs trois enfants, leur belle-fille et leurs deux petits enfants. Le dîner et le souper étaient pris en famille. Elle entretenait de bonnes relations avec ses petits-enfants avec qui elle aimait rigoler et s'amuser (ils lui montraient leurs dessins et venaient l'embrasser). Elle sortait également régulièrement le soir avec son mari pour aller jouer aux cartes avec un cousin. L'intéressée a par ailleurs maintenu un cercle d'amis qu'elle voyait de temps en temps. Son mari et elle avaient aussi des couples d'amis qui se recevaient mutuellement. Elle n'était en outre pas désœuvrée ni apathique puisqu'elle avait conservé plusieurs centres d'intérêts (regarder la télévision, jouer aux cartes et avec ses petits enfants). Il n'existait donc aucun signe d'exclusion sociale.

ccc) Au vu de ce qui précède, force est de constater que selon les nouveaux critères jurisprudentiels, le trouble somatoforme indifférencié de la recourante n'était pas invalidant. Il n'y a ainsi aucun motif de s'écarter des constatations de l'expert P. _____ sur le plan psychique.

c) En définitive, que ce soit sur le plan somatique ou psychiatrique, l'examen bidisciplinaire, qui comporte une anamnèse, fait état des plaintes de la recourante, repose sur un examen clinique approfondi et sur l'ensemble du dossier est complet. La situation médicale de l'intéressée est exposée de manière claire et s'avère exhaustivement motivée. Exemptes de contradictions, les conclusions des experts sont convaincantes et ne sont pas mises en doute par d'autres rapports médicaux. L'examen bidisciplinaire a par conséquent pleine valeur probante.

Force est ainsi de constater que du point de vue de l'exigibilité de la capacité de travail, la situation décrite par les experts G. _____ et P. _____ reste essentiellement superposable à celle prévalant lors de la décision du 3 décembre 2010. La recourante est en effet toujours apte à travailler à 50 % dans son ancienne activité et à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, qui sont elles aussi superposables à celles retenues en 2010. Ce constat n'est remis en doute par aucun avis médical au dossier. Ainsi, en l'absence d'évolution notable de l'état de santé de la recourante, les conditions d'une révision ne sont pas remplies. C'est donc à juste titre que l'OAI a rejeté la deuxième demande de prestations AI de cette dernière.

d) Dans ces conditions, un nouveau calcul sur le plan économique apparaît superflu. On se limitera donc à observer que la recourante ne critique pas celui effectué par l'OAI et qu'on ne voit aucun motif de s'en écarter.

7. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a ainsi pas lieu de compléter l'instruction en ordonnant une nouvelle expertise comme semble le requérir la recourante. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134

I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2.1 ;
TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

8. **a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la
décision attaquée 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante, au demeurant non représentée, n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 5 février 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de K._____.
- 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 :

- 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 :