

VD_GERICHTE ZD15.009312 vom 9. August 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-08-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.009312

FR: VD_GERICHTE ZD15.009312 du 9 août 2017

IT: VD_GERICHTE ZD15.009312 del 9 agosto 2017

Erwägungen

E. 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 pathogenèse 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

E. 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

- 25 - 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 malade 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

- 26 - 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 objectif 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

- 27 - 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).

- 28 - 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 (inévitable) 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

- 29 - 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).

- 30 - 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

- 31 - 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

- 32 - 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

- 33 - 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 minimes 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 minimes 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,

- 34 - s'agissant des cervico-brachialgies, le premier nommé a noté une protrusion discale en C4-C5 n'engendrant pas de conflit disco-radiculaire évident. Il n'y avait en outre, selon lui, pas de signe radiculaire 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 radiculaire. 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.

- 35 - 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).

- 36 - 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.

- 37 - 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

- 38 - 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.

- 39 - 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

- 40 - 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.

- 41 - 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. 1bis 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. 1bis 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).