

VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 985 vom 5. Dezember 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-12-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__985

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 985 du 5 décembre 2024

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 985 del 5 dicembre 2024

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 3

Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Cela posé, il y a lieu de rappeler que la présente procédure fait suite à la nouvelle demande de prestations que l'assurée a déposée le 27 juin 2011 et qui n'a, à ce jour, pas encore connu d'issue définitive. Dès lors que l'éventuel droit à la rente pourrait au plus tôt prendre naissance à l'issue d'un délai six mois après le dépôt de cette demande (consid. 7c/aa infra), l'ancien droit demeure par conséquent applicable au cas d'espèce.

E. 3.2

et les références citées). Sur ce point, il apparaît plus spécifiquement que la décision du 14 juin 2022 n'évoque à aucun moment une quelconque reconsidération d'une décision précédemment entrée en force, pas plus qu'elle ne se prononce sur les conditions spécifiques de la reconsidération, telles que prévues à l'art. 53 al. 2 LPGA (à savoir une erreur manifeste et une rectification d'importance notable). Cette décision ne comporte, en d'autres termes, aucune référence expresse ou tacite à une potentielle reconsidération. S'il est vrai que la décision du 14 juin 2022 désigne l'année 2004 comme point de départ de l'incapacité de travail de longue durée et de l'exigibilité d'une activité adaptée à 80 %, il reste que ces formulations sont tout au plus à mettre sur le compte de la reprise d'éléments figurant dans le rapport d'expertise d'AA. _____ (cf. rapport d'expertise consensuelle du 13 juillet 2021 p. 7) mais que rien, dans leur libellé, ne permet d'imputer à l'OAI une volonté de revenir sur les prononcés entrés en force pour la période antérieure à 2011. A cela s'ajoute que le calcul de la perte de gain entériné par la décision du 14 juin 2022 repose sur une naissance du droit à la rente en 2011 (cf. calcul du salaire exigible du 11 octobre 2021 et consid. 7c/aa infra), ce qui illustre que cette décision n'a manifestement pas vocation à revenir sur les années 2004 à 2010. Il apparaît, en résumé, qu'en tant que la recourante prétend à l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période antérieure à 2011, singulièrement depuis le 1^{er} novembre 2005, ses conclusions sont extrinsèques à

l'objet de la présente contestation et, partant, irrecevables. Peu importe, dans ces conditions, l'interprétation donnée par la recourante aux documents médicaux au dossier concernant la période de 2004 à 2010 (cf. objections complémentaires du 17 mars 2022 p. 6 et mémoire de recours du 19 juillet 2022 p. 11), cela d'autant que c'est à l'administration que revient la faculté de reconsidérer ses décisions et que ni l'assuré, ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 133 V 50 consid. 4.1 ; 119 V 475 consid. 1b/cc ; TF 9C_100/2024 du 12 août 2024 consid. 5.3.2).

E. 4

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 in principio LAI). b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit (dans sa teneur au 31 décembre 2021) que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour

l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3). c) Tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

E. 5

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 141 V 281 consid. 5.2.1 ; 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à un examen complet et rigoureux, sans être lié par des règles formelles. Il doit analyser objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_91/2023 du 28 septembre 2023 consid. 4.3 et les références citées). c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF

9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

E. 5.2

; 121 V 45 consid. 2a ; TF 9C_13/2023 du 22 novembre 2023 consid. 4.3.1). Attendu qu'en l'espèce, l'assurée n'a pas contesté durant plusieurs années – près de quinze ans et demi – la place accordée à son époux au sein de l'entreprise G._____, qui plus est sur la base de ses propres déclarations, il ne saurait être question de se fonder désormais sur une nouvelle version des faits, en l'absence de tout élément factuel concret susceptible de justifier ce volteface, pour retenir que la participation du mari se serait cantonnée à une aide ponctuelle pour les tâches administratives (cf. mémoire de recours du 19 juillet 2022 p. 9). Cela posé, il apparaît que le montant retenu par l'intimé au titre de revenu sans invalidité n'est pas critiquable en lui-même. A cet égard, il appert que l'OAI a repris le montant du gain de valide arrêté à 19'047 fr. dans le cadre de la procédure initiale (cf. rapport d'enquête économique pour les indépendants du 21 décembre 2006), puis l'a indexé à 2011 pour arriver à un montant de 20'759 fr. (cf. analyse économique du 27 octobre 2016 ; cf. calcul du salaire exigible du 11 octobre 2021), montant dont on ne voit pas de motif pertinent de s'écarter. cc) Pour ce qui est du revenu avec invalidité, l'OAI s'est fondé sur les chiffres résultant de l'ESS, ce qui n'est pas contesté et n'apparaît du reste pas critiquable à l'égard d'une assurée n'ayant pas mis en valeur sa capacité de travail exigible au cours de la période déterminante. L'office s'est plus particulièrement basé sur un montant de 4'225 fr. issu de l'ESS 2010 (part au treizième salaire comprise), qu'il a adapté à la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2011, soit 41,7 heures (Tableau T 03.02.03.01.04.01 « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique »). L'office a ensuite procédé à une adaptation à l'évolution des salaires nominaux correspondant, pour les femmes, à 1 % en 2011 (tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2022 »). Il en est résulté un montant annualisé de 53'383 fr. 30, que l'intimé a rapporté à un horaire de 80 %. Ce procédé ne prête pas à discussion compte tenu de l'exigibilité reconnue à la recourante, soit un taux d'activité de 100 % dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20 %. En effet, lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail, de sorte qu'en principe, il n'y a pas lieu d'effectuer en sus un abattement en raison des limitations fonctionnelles à l'origine de la diminution de rendement (TF 9C_759/2018 du 18 février 2019 consid. 2 et les références citées). Pour le surplus, l'office a opéré un abattement de 5 % motivé par l'âge de l'assurée, dans la mesure où celui-ci pouvait engendrer un désavantage salarial. Au regard des circonstances de la présente

affaire, ce taux n'apparaît pas contestable. L'office a ainsi obtenu un revenu sans invalidité de 40'571 fr. 31, dont rien n'incite à douter du bien-fondé. Si la recourante s'est, quant à elle, prévaluée d'un taux d'abattement de 20 % (cf. mémoire de recours du 19 juillet 2022 p. 11), son appréciation est toutefois notamment fondée sur la capacité résiduelle de travail de 20 % mentionnée par la Dre Q._____ (cf. rapport du 12 mai 2022), à laquelle on ne saurait cependant souscrire (cf. consid. 6 supra). Dans ce sens, la position de l'intéressée apparaît mal fondée. En tout état de cause, le taux d'abattement allégué par la recourante ne revêt aucune incidence sur l'issue du litige, ainsi qu'il sera démontré ci-après. dd) Attendu que le revenu sans invalidité (20'759 fr.) est inférieur au revenu avec invalidité (40'571 fr.), le préjudice économique est nul – à l'instar de ce qui prévalait déjà lors des précédentes demandes de prestations. Le droit à la rente n'est, dès lors, pas ouvert. Du reste, même à admettre qu'il faille procéder à un taux d'abattement de 20 % sur le revenu d'invalidité, tel qu'invoqué par la recourante, il en résulterait – toutes choses égales par ailleurs – un montant de 34'165 fr. 31 toujours supérieur au revenu sans invalidité. La perte de gain serait, par conséquent, toujours inexistante. d) A titre superfétatoire, bien que ce point ne soit pas invoqué par la recourante, la Cour de céans relève que l'âge de cette dernière ne fait, en soi, pas obstacle à la reprise d'une activité adaptée. aa) Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.1). Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 146 V 16 consid. 7.1 ; 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3 et les références). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 146 V 16 consid. 7.1 ; 145 V 2 consid.

E. 5.3

; 134 V 322 consid. 4.1). Quant au revenu avec invalidité, il doit lui aussi être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 148 V 419 consid. 5.2 et les arrêts cités). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée, tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine

et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). La personne assurée peut en outre, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 126 V 75 consid. 5b). c) En l'espèce, les positions des parties divergent tant du point de vue du revenu sans invalidité que sous l'angle du revenu d'invalidité. aa) A titre liminaire, il convient de retenir que l'intimé s'est à juste titre fondé sur l'année 2011 pour la comparaison des revenus, cette année marquant l'ouverture potentielle du droit à la rente en présence d'une (nouvelle) demande déposée le 27 juin 2011 (art. 29 al. 1 LAI). bb) Pour ce qui est du revenu sans invalidité, l'OAI s'est basé sur les données issues de la comptabilité de G._____ pour les années 2000 à 2004, tout en tenant compte d'une part de 40 % des revenus attribuée à l'époux (cf. fiche du calcul exigible établie par le Service de réadaptation le 11 octobre 2021 et communication interne du 21 février 2023 du Service d'évaluation pour les personnes de condition indépendante). La recourante ne critique pas, en tant que telle, la prise en considération des données comptables plutôt, notamment, que des revenus soumis à cotisations portés au compte individuel de l'assurance-vieillesse et survivants (TF 9C_308/2021 du 7 mars 2022 consid. 4.2.2 et les références citées). Elle fait toutefois valoir qu'il y a lieu de procéder à des rectifications pour les cotisations sociales, que l'année 2003 doit être écartée en raison d'une période d'incapacité de travail, qu'il convient en revanche d'englober l'année 1999 et que l'ensemble des revenus réalisés doit lui être imputé (cf. mémoire de recours du 19 juillet 2022 p. 9 s. et réplique du 31 janvier 2023 p. 3 s.). La Cour constate, en premier lieu, que la recourante ne démontre pas précisément en quoi les données issues de la comptabilité devraient faire l'objet de corrections visant les cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants. On relève à ce sujet que l'OAI, par son Service d'évaluation pour les personnes de condition indépendante, a exposé avoir procédé conformément à la pratique générale pour déterminer le revenu sans invalidité d'un indépendant, à savoir en prenant la moyenne des revenus nets déclarés dans la comptabilité pour les cinq années précédant l'atteinte à la santé, puis en y ajoutant la part des cotisations selon le barème dégressif fixé par le Conseil fédéral (cf. communication interne du 21 février 2023 p. 8 ; cf. également rapport d'enquête économique pour les indépendants du 21 décembre 2006). Il apparaît, de surcroît, que ce processus était d'autant plus judicieux dans le cas particulier que les cotisations sociales figurant dans la comptabilité représentaient 49 % du revenu net de 2002 et 112 % de la cotisation de 2003, si bien que l'on pouvait douter qu'elles correspondent à la part effective des charges sociales inhérentes à l'année d'activité (cf. communication interne du 21 février 2023 loc. cit.). En tant que la recourante n'expose pas – et, a fortiori, ne démontre pas – en quoi les calculs de l'OAI seraient erronés sur ce point, la Cour de céans ne voit aucun motif pertinent de s'en écarter. S'agissant en outre de la période prise en compte, il résulte des pièces produites par l'assurée à l'appui de sa réplique du 31 janvier 2023 que, pour l'année 2003, une période d'incapacité de travail courant du 1^{er} au 31 décembre a donné lieu au paiement de 2'958 fr. 84 à titre d'indemnités journalières de l'assureur perte de gain [...]. On peine cependant à comprendre en quoi ce paramètre justifierait d'écarter les revenus réalisés

en 2003. D'une part, il résulte des explications – non contestées à cet égard – apportées par le Service d'évaluation pour les personnes de condition indépendante (pp. 6 et 7) que, selon les documents fiscaux indexés le 16 décembre 2005, une indemnisation de la perte de gain est intervenue en 2001 à concurrence de 3'682 francs. D'autre part, les pièces produites le 31 janvier 2023 par l'intéressée font également mention de périodes d'indemnisation de la perte de gain au cours de l'année 2004 – à savoir du 1^{er} au 11 janvier (723 fr. 27), du 8 au 30 novembre (591 fr. 75) et du 1^{er} au 31 décembre (2'038 fr. 25). Dans ces conditions, on peine à comprendre ce qui justifierait de procéder à un retranchement pour l'année 2003, mais pas pour les années 2001 et 2004. On ne voit pas non plus ce qui justifierait d'inclure l'année 1999, dès lors que la recourante ne soulève aucun grief pertinent à l'encontre de la pratique de l'OAI consistant à extraire un revenu moyen sur la base de cinq exercices comptables. Aussi, il y a lieu de retenir que la position de l'office, reposant sur la compatibilité fournie pour les exercices 2000 à 2004, apparaît congruente à la situation et doit, par conséquent, être privilégiée. Finalement, on ne saurait suivre la recourante lorsqu'elle soutient que l'entier des revenus réalisés dans le cadre de l'exploitation de G._____ devrait lui être attribué en vue d'établir son revenu sans invalidité. Il convient de relever, à cet égard, que c'est à l'occasion de l'enquête économique pour les indépendants réalisée en décembre 2006 que l'intéressée a, pour la première fois, été appelée à décrire précisément le fonctionnement de son entreprise. Dans ce contexte, il a été retenu, sur la base de ses explications, qu'elle n'était que très peu scolarisée et n'écrivait, ni ne lisait le français couramment, que son époux s'occupait ainsi de toute la partie administrative (établissement des devis, facturation, gestion du stock et du personnel), qu'il réalisait également des nettoyages en cas de besoin, que son activité au sein de la société était estimée à un taux global de 40 % et qu'il ne percevait pas de salaire à ce titre. Quant à la comptabilité, elle était confiée à une fiduciaire (cf. rapport d'enquête du 21 décembre 2016 p. 2 s. et 6 s.). Ces éléments n'ont pas été remis en question par l'assurée au cours des années qui ont suivi. On relève en particulier que, dans le cadre de l'entretien approfondi effectué avec l'expert psychiatre DD._____, l'assurée a réitéré que c'était son mari qui s'était occupé de l'administratif de l'entreprise (cf. rapport du 18 juin 2021 p. 4). Ce n'est qu'à partir des objections du 17 mars 2022 que la recourante a modifié sa position. Or il est admis qu'en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que la personne assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des " premières déclarations "), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid.

E. 5.3.1

; 138 V 457 consid. 3.1). Il en va différemment lorsqu'un assuré a présenté une première demande de prestations et que l'administration l'a rejetée au motif qu'il disposait encore, dans une activité adaptée à son état de santé, d'une capacité résiduelle de gain excluant le droit à la rente. Ainsi, en cas de nouvelle demande, l'assuré sait, en raison de la procédure antérieure, qu'un changement d'activité est attendu de sa part, conformément aux règles régissant l'assurance-invalidité. En conséquence, si la seule modification réside dans l'écoulement du temps et, partant, a trait à " l'âge avancé " de l'assuré, ce facteur en soi ne peut entraîner l'application de la jurisprudence susdite (TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.2 s. et les références citées). bb) Il est vrai que la recourante, née le [...] 1959, était âgée de soixante-deux ans et [...] mois au moment où les experts d'AA._____ ont rendu leur rapport. Elle était, par conséquent, à environ une année et [...] mois de l'âge

donnant droit à une rente de vieillesse (selon la législation en matière d'assurance-vieillesse et survivants en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023). Il convient cependant de relever que l'assurée, après avoir mis un terme à son activité de nettoyeuse indépendante à une date indéterminée (cf. rapport d'examen de médecine interne du 13 juillet 2021 p. 22 : « L'assurée n'est plus en mesure de dire la date de l'arrêt de son activité professionnelle. Elle dit avoir essayé de reprendre à 50 % en mai après la chirurgie vertébrale mais que cela ne jouait pas. A l'heure actuelle, l'entreprise existe toujours et c'est le mari qui s'en occupe entièrement »), n'a pas repris d'activité dans un domaine adapté à ses atteintes. A cet égard, force est de rappeler que les demandes de prestations de l'assurance-invalidité déposées en 2005 et 2009 ont abouti à la reconnaissance d'une capacité de travail considérablement réduite dans l'activité habituelle (à un taux de 50 % puis 25 %), mais totale dans une activité adaptée. En raison de ces procédures antérieures, l'intéressée ne pouvait donc ignorer, dans le cadre de sa troisième demande, qu'un changement d'activité était attendu de sa part conformément à la réglementation en matière d'assurance-invalidité. Certes, la demande déposée le 27 juin 2011 a mis en évidence une modification du point de vue de l'exigibilité d'une activité adaptée, sous la forme d'une diminution de rendement de 20 %, ainsi qu'une certaine extension du spectre des limitations fonctionnelles. Pour autant, la nature de l'activité adaptée encore exigible aux limitations fonctionnelles demeure inchangée. Il apparaît en particulier qu'une telle activité fait toujours partie des activités simples et répétitives telles que prises en compte dans les statistiques salariales de l'ESS, dont il y a lieu d'admettre que peu d'entre elles s'accomplissent de manière incompatible avec les restrictions présentées par l'assurée visant, essentiellement, le travail en hauteur et les mesures d'épargne de l'appareil locomoteur (dans ce sens, voir TF 9C_759/2019 du 31 juillet 2020 consid. 5.2). Il apparaît, en définitive, que la capacité de gain (théorique) de l'assurée ne se trouve pas modifiée ni, en conséquence, le degré d'invalidité : en effet, l'intéressée présente toujours un préjudice économique nul (cf. consid. 7b supra). Sous l'angle de la perte de gain, le cas n'a donc pas connu de modification notable. En conséquence, la recourante ne saurait être considérée comme n'étant plus en mesure, du fait de son âge, de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché équilibré de l'emploi. e) Au surplus, on relèvera encore que le refus de mesures professionnelles signifié aux termes de la décision litigieuse n'est, quant à lui, pas contesté par la recourante. Du reste, la Cour de céans ne décèle aucune raison pertinente méritant de se pencher plus avant sur la question.

E. 6

En l'occurrence, il est constant que l'assurée a déposé une troisième demande de prestations le 27 juin 2011, sur laquelle l'OAI a initialement refusé d'entrer en matière le 7 octobre 2011, avant d'être enjoint par arrêt de la Cour de céans du 2 mai 2012 à examiner le fond de l'affaire (CASSO AI 318/11 – 156/2012). L'office a conséquemment rendu une décision de refus de prestations le 19 juillet 2018, que la juridiction cantonale a annulée le 17 septembre 2020 (CASSO AI 246/18 – 322/2020) en vue d'un complément d'instruction. C'est dans ce contexte qu'est intervenue la décision litigieuse du 14 juin 2022, par laquelle l'OAI a maintenu son refus de prester ensuite de la nouvelle demande déposée le 27 juin 2011. Pour ce faire, l'office s'est fondé sur les conclusions du rapport d'expertise d'AA. _____ du 13 juillet 2021 et ses annexes, reconnaissant à l'intéressée une capacité de travail de 80 % dans une activité légère, permettant l'alternance des positions et n'impliquant pas d'exposition aux vibrations corporelles, de posture contraignante pour le rachis lombaire, de travail accroupi, de rendement imposé ou de travail en hauteur. a) Sur le plan psychiatrique,

l'expert DD. _____ d'AA. _____ a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), s'inscrivant dans un ensemble de douleurs qui ne pouvaient être entièrement expliquées par des altérations somatiques documentées. Pour l'expert, il n'en résultait cependant aucune diminution de la capacité de travail sur le plan psychique (cf. rapport d'examen psychiatrique du 18 juin 2021 p. 6 et rapport d'expertise consensuelle du 13 juillet 2021 p. 5 et 7). L'appréciation de l'expert DD. _____ est, certes, formulée de manière condensée, mais elle n'en adresse pas moins les différents axes d'analyse permettant de se positionner sous l'angle de la procédure probatoire introduite par l'ATF 141 V 281 (cf. consid. 4c supra). Notamment, l'évaluation de l'expert a mis en évidence que les manifestations concrètes de l'atteinte en cause étaient essentiellement caractérisées par des douleurs, qui perturbaient en particulier le sommeil de l'intéressée, ainsi que par certains éléments thymiques tels des moments de tristesse. Pour le reste, nonobstant une réaction dépressive trente ans auparavant à la suite du décès d'un membre de sa famille, l'assurée avait connu une trajectoire stable sur les plans socioprofessionnel et familial. Elle était, en outre, au bénéfice d'une médication antidépressive qui paraissait induire une stabilisation satisfaisante de l'humeur. De surcroît, elle conservait du plaisir pour les activités agréables, pouvait s'appuyer sur une personnalité structurée et disposait d'un entourage présent, ainsi que d'un réseau social préservé. Par ailleurs, l'entretien d'expertise psychiatrique ne mettait en évidence aucune incohérence (cf. rapport d'examen psychiatrique du 18 juin 2021 p. 5 s. et rapport d'expertise consensuelle du 13 juillet 2021 p. 5 et 7). Sur le vu de ces éléments, on peut donc comprendre que l'expert DD. _____ ait retenu que les ressources de l'assurée étaient satisfaisantes du point de vue psychiatrique et qu'il n'y avait, conséquemment, aucune incapacité de travail à ce niveau. C'est par ailleurs le lieu de rappeler que, dans son arrêt du 17 septembre 2020 (CASSO AI 246/10 – 322/2020 consid. 4a), la Cour de céans a jugé pleinement probantes les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 20 mai 2013 du Dr Z. _____, diagnostiquant, d'une part, un syndrome douloureux somatoforme persistant et un trouble dépressif en rémission, et retenant, d'autre part, que ces atteintes n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail. Force est de constater que l'appréciation de l'expert DD. _____ s'inscrit, pour l'essentiel, dans le prolongement de celle de l'expert Z. _____, traduisant ainsi un état de santé psychique demeuré stationnaire. Aucun élément au dossier ne vient, par ailleurs, mettre en doute les conclusions de l'expert DD. _____. En particulier, si la Dre Q. _____ a évoqué le 2 mai 2022 un trouble dépressif remontant à 2004 environ qui aurait été ignoré par les experts, elle n'a cependant pas exposé en quoi la problématique thymique devait se voir reconnaître une intensité supérieure à celle retenue par l'expert DD. _____ (et, précédemment, par l'expert Z. _____) ; elle n'a pas davantage indiqué en quoi cette problématique était susceptible de se répercuter concrètement sur la capacité de travail de sa patiente. L'avis insuffisamment étayé de la Dre Q. _____ n'est, dans ces conditions, pas susceptible d'infirmer les conclusions de l'expert DD. _____. Quant aux critiques formulées par la recourante à l'égard des conclusions de l'expert DD. _____, elles ne peuvent qu'être écartées. Ainsi, en tant que l'assurée souligne la concision de l'analyse de l'expert DD. _____ (cf. mémoire de recours du 19 juillet 2022 p. 8), il y a lieu de relever qu'un tel paramètre purement formel ne permet en aucun cas de préjuger du contenu – seul déterminant (cf. consid. 5b supra) – de l'appréciation expertale. Quoi qu'en dise l'intéressée, il reste que l'évaluation de l'expert DD. _____ a été exposée de manière sobre, mais pas pour autant laconique, et que cette sobriété, qui reflète en définitive l'absence de symptomatologie significative sur le plan psychique, n'entache en rien le

caractère probant des conclusions émises. Si la recourante se prévaut également de l'exigence de motivation accrue en lien avec l'étude de la personnalité (cf. mémoire de recours du 19 juillet 2022 p. 8), posée dans le cadre de la procédure probatoire instaurée par l'ATF 141 V 281, il y a lieu de préciser que cette exigence vise, essentiellement, à pallier la perception subjective des symptômes ou du comportement de la personne expertisée que peut avoir le médecin qui procède à l'examen (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Dès lors qu'en l'espèce les constatations et conclusions de l'expert DD._____ sont, en substance, superposables à celles de l'expert Z._____, elles-mêmes considérées comme probantes (CASSO AI 246/10 – 322/2020 précité consid. 4a), il y a lieu d'admettre que la position de l'expert DD._____ est en tous les cas exempte de subjectivité sur ce point, sans qu'elle ne doive nécessairement faire l'objet d'une motivation accrue (voir dans ce sens TF 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 6.5.3). On ne saurait finalement reprocher à l'expert DD._____ de ne pas avoir motivé l'absence d'incapacité de travail sur le plan psychique (cf. mémoire de recours du 19 juillet 2022 p. 8 s.), dans la mesure où cette appréciation résulte de l'examen des ressources de la recourante, jugées satisfaisantes (cf. rapport d'expertise consensuelle du 13 juillet 2021 p. 7). A la lumière des éléments qui précèdent, il y a donc lieu de se fonder sur les conclusions formulées de manière convaincante par l'expert DD._____, à l'instar du SMR (cf. avis de la Dre MM._____ du 9 août 2021) et de l'OAI. Sur cette base, il convient de retenir que la recourante ne présente aucune atteinte d'ordre psychiatrique susceptible d'influencer sa capacité de travail. Tout au plus ajoutera-t-on, par surabondance, que si le dossier contient certaines des références à une consommation d'alcool importante par périodes, aucun médecin n'a pour autant conclu à une éventuelle dépendance sous cet angle. Ce point n'est, du reste, pas sujet à controverse.

b) Sur le plan neurologique, l'expert CC._____ a plus particulièrement retenu une polyneuropathie sensitive et proprioceptive des membres inférieurs, d'intensité peu sévère et purement sensitive. Il a également fait état d'une discrète anomalie ulnaire au coude droit, de caractère banal. Il a précisé que, moyennant l'absence de travail en hauteur, la capacité de travail était entière du point de vue neurologique (cf. rapport d'examen neurologique du 1^{er} juin 2021 p. 4 s. ; cf. rapport d'expertise consensuelle du 13 juillet 2021 p. 4 à 7). Il apparaît, en d'autres termes, que l'expert CC._____ n'a décelé aucun paramètre spécifique susceptible d'engendrer une limitation significative de la capacité de travail sous l'angle neurologique. Il n'a, en particulier, retrouvé aucun élément neurologique concret permettant de conférer objectivement un caractère incapacitant à la claudication neurogène rapportée depuis janvier 2014 – chez une assurée affirmant « qu'elle n'arriv[ait] plus à marcher » (cf. rapport d'examen neurologique du 1^{er} juin 2021 p. 3) – dans le contexte d'une sténose du canal vertébral. Au surplus, aucun avis médical au dossier ne vient infirmer les conclusions de l'expert CC._____. On relèvera, notamment, que la Dre JJ._____ a reconnu que l'atteinte du nerf ulnaire demeurerait discrète (cf. rapport du 11 janvier 2021). Il suit de là que, sur le plan neurologique, il y a lieu de s'en tenir aux conclusions de l'expert CC._____, à l'instar du SMR (cf. avis de la Dre MM._____ du 9 août 2021) et de l'OAI. c) Restent à examiner les aspects rhumatologiques et, plus généralement, de la médecine interne. Ont été retenus, à cet égard, les diagnostics de cervico-lombalgies chroniques, actuellement non spécifiques (avec troubles dégénératifs pluri-étagés et spondylodèse postérieure L4-L5 le 7 janvier 2016), de douleurs chroniques de la cheville et du pied gauches d'étiologie indéterminée, ainsi que de gonalgies bilatérales. Au stade de l'évaluation consensuelle, ces éléments ont été mis en lien avec une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis 2004, ainsi qu'une capacité de

travail de 80 % dans une activité adaptée depuis 2004, respectivement 2011 – soit une activité légère, sans exposition à des vibrations corporelles, sans posture contraignante pour le rachis lombaire, sans travail accroupi ni rendement imposé, et avec alternance des positions. Une lecture attentive de l'évaluation des experts montre, toutefois, que la capacité résiduelle de travail de 80 % dans une activité adaptée doit, en réalité, être comprise comme une capacité de travail entière (autrement dit, de huit heures par jour) assortie d'une baisse de rendement de 20 % due à la chronicité des douleurs, respectivement à la diminution de l'endurance et à la nécessité de changer de position (cf. rapport d'examen rhumatologique du 12 mai 2021 p. 8 s., rapport d'examen de médecine interne du 13 juillet 2021 p. 24 ss et rapport d'expertise consensuelle du 13 juillet 2021 p. 4 ss). Les experts ont, en outre, précisé que la chirurgie vertébrale réalisée en 2016 n'avait pas induit d'incapacité de travail durable et qu'il en allait de même de la dilatation artérielle pratiquée en 2014, étant relevé que l'absence d'amélioration au décours du geste chirurgical laissait suggérer une sténose peu symptomatique, sans impact sur la capacité de travail (cf. rapport d'examen de médecine interne du 13 juillet 2021 p. 27 ; cf. rapport d'expertise consensuelle du 13 juillet 2021 p. 7). Rien ne vient remettre en question ces constatations. Plus spécifiquement, les experts ont fait état de difficultés à expliquer les plaintes de l'assurée sur la base des examens cliniques et des données radiologiques. Sans remettre en cause l'authenticité des plaintes, l'expert rhumatologue a notamment souligné que la boiterie n'était qu'intermittente, que l'expertisée pouvait s'accroupir et se redresser sans difficulté et qu'elle s'était mobilisée sans épargne lombaire à la table d'examen. Il a également précisé qu'aucun parallèle ne pouvait être établi entre l'intensité des douleurs et l'imagerie et que c'étaient essentiellement les douleurs qui étaient à l'origine de l'incapacité de travail de l'assurée, dans un contexte de troubles dégénératifs faisant partie d'une évolution naturelle (cf. rapport d'examen rhumatologique du 12 mai 2021 p. 7 s.). Sur le plan de la médecine interne, l'experte BB. _____ a, quant à elle, relevé que l'expertisée était restée assise plus d'une heure sans modifier sa position et qu'elle n'avait pas adopté de mesures d'épargne lombaire (cf. rapport d'examen de médecine interne du 13 juillet 2021 p. 24). Il apparaît, autrement dit, que quand bien même les plaintes subjectives exprimées par l'assurée ne peuvent être ignorées, elles ne sont toutefois que très partiellement corrélées à la problématique objectivable d'un point de vue organique. Or les experts étaient de toute évidence fondés à tenir compte de ce contexte spécifique pour appréhender les troubles lombaires – et leur évolution radiologique, marquée par une sténose du canal vertébral initialement circonscrite de L4 à S1, puis ultérieurement étendue à L3 – de la recourante. En effet, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence, comme en l'espèce, d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle (TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 4.2.2). Concernant les douleurs de la péri-hanche droite, l'expert EE. _____ a expliqué que la documentation médicale à disposition (arthro-IRM de la hanche droite) et l'examen clinique rhumatologique ne révélaient pas d'éléments suffisants pour retenir un diagnostic spécifique (cf. rapport d'examen rhumatologique du 12 mai 2021 p. 7 et rapport d'expertise consensuelle du 13 juillet 2021 p. 4) ; il ressort en outre de l'examen de l'experte BB. _____ que les amplitudes étaient complètes et indolores à ce niveau (cf. rapport d'examen de médecine interne du 13 juillet 2021 p. 24). Cette appréciation n'apparaît pas contestable en l'état. A ce propos, la Cour observe tout d'abord que si certaines pièces au dossier évoquent des troubles bilatéraux au niveau des hanches (cf. rapport du Dr

GG. _____ du 30 juillet 2020 p. 1), il apparaît néanmoins que la hanche gauche n'a jusqu'ici pas fait l'objet de plaintes spécifiques et qu'elle présente un bilan articulaire correct dans l'ensemble (cf. ibid. p. 1 et 2 ; cf. également rapport de la Dre FF. _____ du 2 novembre 2020), ce qui permet de conclure à l'absence de problématique incapacitante à ce niveau. S'agissant de la hanche droite, il est vrai que l'existence d'une tendinopathie a été retenue par certains praticiens (cf. notamment rapport du Dr I. _____ du 12 septembre 2018, rapports du Dr V. _____ des 5 décembre 2018 et 12 avril 2022 et rapport de la Dre Q. _____ du 2 mai 2022). Cela s'avère toutefois insuffisant pour infirmer les conclusions des experts d'AA. _____. En effet, le seul fait de poser un diagnostic ne renseigne pas encore sur son degré de gravité (TF 8C_96/2016 du 22 avril 2016 consid. 6). Pour le reste, les médecins consultés par l'assurée n'ont pas détaillé la portée d'une éventuelle tendinopathie de la hanche droite dans le cas particulier. Dès lors, même à admettre une telle tendinopathie, singulièrement une périarthrite, on ne saurait en l'état lui prêter de répercussions concrètes du point de vue de la capacité de travail. En définitive, l'appréciation des experts d'AA. _____ n'apparaît donc pas critiquable à cet égard. Pour ce qui est des troubles affectant les pieds de l'assurée, il convient de relever que le diagnostic de fracture de l'os cunéiforme du pied gauche (cf. rapport du Dr GG. _____ du 30 septembre 2020) a été porté à la connaissance des experts d'AA. _____ (cf. rapport d'examen rhumatologique du 12 mai 2021 p. 3 ; cf. rapport d'examen de médecine interne du 13 juillet 2021 p. 3 ; rapport d'expertise consensuelle du 13 juillet 2021 p. 3), mais que ceux-ci ne l'ont pas retenu comme tel, vraisemblablement au regard de la consolidation prévisible d'une telle fracture. Il n'en demeure pas moins que les douleurs plus généralement rencontrées au niveau du pied et de la cheville gauches ont été incorporées aux diagnostics pris en considération, ainsi qu'exposé ci-avant. Si le Dr V. _____ a, pour sa part, fait état d'une ostéoporose migrante générant des fractures de stress essentiellement au niveau du pied droit (cf. rapport du 12 avril 2022), ses propos doivent cependant être nuancés. En effet, on constate qu'une ostéoporose migrante a été évoquée alternativement à l'égard du pied gauche de manière transitoire (cf. rapport de la Dre NN. _____ du 9 février 2022) ou du pied droit de manière continue (cf. rapport du Dr V. _____ du 12 avril 2022). En tout état de cause, les résultats d'une ostéodensitométrie réalisée le 10 février 2021 se sont avérés « tout à fait rassurant[s] », avec un TBS (" trabecular bone score ") partiellement dégradé mais sans incidence pathologique, ni risque fracturaire augmenté (cf. rapport de la Dre FF. _____ du 15 février 2021). Rien ne permet, par conséquent, de voir dans ces éléments une atteinte susceptible de se traduire durablement par une limitation concrète de la capacité de travail, à tout le moins de manière plus étendue que celle induite par le diagnostic retenu par les experts de douleurs chroniques de la cheville et du pied gauches. Une évolution au niveau du pied droit est, certes, intervenue après l'expertise d'AA. _____, marquée notamment par une fracture sous-chondrale par insuffisance de la tête de l'astragale (cf. rapport de la Dre NN. _____ du 9 février 2022). Le Prof. OO. _____ a néanmoins précisé que, nonobstant la boiterie qui en résultait et qui, conjuguée au déconditionnement, induisait une recrudescence des lombalgies, on pouvait néanmoins escompter une reprise d'activité à 50 % et, à terme, jusqu'à 70 ou 80 % (cf. rapport du Prof. OO. _____ du 29 avril 2022). Quand bien même l'avis du Prof. OO. _____ doit être relativisé dans la mesure où il n'expose pas en quoi les éléments retenus seraient susceptibles d'impacter objectivement et durablement la capacité de travail de l'assurée, on observe qu'en tous les cas le seuil du taux d'occupation envisageable théoriquement se rapproche, au final, de celui avancée par les experts

d'AA._____. Pour ce qui est de la symptomatologie dont l'assurée souffre aux pieds, les avis médicaux au dossier n'apportent donc pas d'élément pertinent justifiant de s'écarter des conclusions des experts. Au surplus, on notera encore que si le Dr S._____ avait évoqué en 2016 une périarthrite scapulo-humérale bilatérale, relevant que l'épreuve de Hawkins était positive au niveau des deux épaules (cf. rapport d'examen rhumatologique du 26 septembre 2016 p. 8 et 10), rien au dossier ne permet de vérifier objectivement la présence de ce diagnostic, de même que son éventuelle nature incapacitante. En particulier, il convient de relever que le Dr S._____ a concédé, à l'époque, que les autres épreuves pertinentes étaient négatives (cf. *ibid.* p. 10). Quant aux experts d'AA._____, ils ont noté une diminution de la rotation interne de l'épaule droite mais ont néanmoins observé une mobilité passive des épaules symétriques, de sorte qu'ils n'ont porté aucune conclusion spécifique sur ce plan (cf. rapport d'examen rhumatologique du 12 mai 2021 p. 5 ; cf. rapport d'expertise consensuelle du 13 juillet 2021 p. 4). Dans ces conditions, la Cour de céans ne distingue aucun motif sérieux de douter des conclusions des experts d'AA._____ sur ce point, qui ne sont d'ailleurs pas remises en cause par la recourante. Il résulte de ce qui précède qu'aucun élément pertinent n'a échappé à l'appréciation des experts sous l'angle rhumatologique et, plus généralement, de la médecine interne. Dans ces conditions, on ne saurait suivre la Dre Q._____ lorsqu'elle affirme que les experts n'auraient pas tenu compte de la tendinopathie ou de la pathologie des pieds (cf. rapport du 2 mai 2022). On ne saurait davantage souscrire à l'aggravation mentionnée par cette praticienne sur la seule base des douleurs ressenties par la patiente (cf. *ibid.*), sans référence à une détérioration objective de la situation susceptible de remettre en question les conclusions des experts. Si, par ailleurs, la Dre Q._____ a évalué la capacité de travail dans une activité adaptée à 20 % (cf. *ibid.*), elle n'a pas apporté d'élément spécifique à même d'étayer cette appréciation, qui ne saurait donc l'emporter sur celle des experts d'AA._____. Au demeurant, contrairement aux dires de l'assurée, (cf. mémoire de recours du 19 juillet 2022 p. 6 s.), l'évaluation des experts d'AA._____ n'est pas contradictoire s'agissant du rendement. Le fait qu'il y ait lieu, du point de vue des limitations fonctionnelles, d'éviter les activités avec un rendement imposé – autrement dit, avec une cadence prédéfinie – n'est en effet pas incompatible avec une baisse de rendement de 20 % dans une activité sans contrainte incompressible du point de vue du rythme de travail. Finalement, la baisse de rendement retenue par l'experte BB._____ et celle mentionnée par l'expert EE._____ ont bien la même origine (cf. objections complémentaires du 17 mars 2022 p. 6), dès lors que la baisse de l'endurance et la nécessité de changer de position, telles que signalées par l'experte BB._____, procèdent en définitive de la chronicité des douleurs mise en avant par l'expert EE._____ ou du « syndrome douloureux chronique » retenu du point de vue locomoteur dans le cadre de l'appréciation consensuelle du cas (cf. rapport d'expertise consensuelle du 13 juillet 2021 p. 7). Par surabondance, en tant que des facteurs de surcharge ont par ailleurs été évoqués en lien avec l'âge et l'absence de compétences spécifiques dans un contexte de faible scolarisation (cf. rapport d'examen rhumatologique du 12 mai 2021 p. 9 et rapport d'expertise consensuelle du 13 juillet 2021 p. 6), la Cour de céans relève encore que dans la mesure où il a pour objet la question de l'invalidité, le droit des assurances sociales s'en tient à une conception bio-médicale de la maladie, dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_44/2018 du 3 avril 2018 consid. 4.2 ; TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1). A la lumière des considérations ci-dessus exposées, il apparaît, en définitive, que rien ne s'oppose à ce que les conclusions émises par

les experts d'AA. _____ sur les plans de la rhumatologie et de la médecine interne soient tenues pour probantes, à l'instar de la position défendue par le SMR (cf. avis de la Dre MM. _____ des 9 août 2021, 9 juin 2022 et 7 septembre 2022). d) Sur la base de l'évaluation convaincante et dûment motivée résultant de l'expertise d'AA. _____, il y a par conséquent lieu de reconnaître à la recourante une capacité de travail nulle dans son activité habituelle, depuis 2004, et une capacité de travail totale moyennant une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues sur le plan somatique, depuis 2011.

E. 7

A ce stade, il sied de procéder à l'évaluation de la perte de gain subie par la recourante. a) A titre préalable, il convient de s'arrêter sur la méthode d'évaluation des revenus à prendre considération. Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, le revenu que ce dernier aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est, en général, comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur au 31 décembre 2021]). Lorsque l'assuré est une personne de condition indépendante, la comparaison porte sur les résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité. Toutefois, si les données comptables ne permettent pas de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité, il y a lieu d'appliquer la méthode extraordinaire, qui consiste à évaluer le taux d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (TF 8C_2/2023 du 7 septembre 2023 consid. 3.3 et les références citées). En l'occurrence, force est de constater que l'intimé, après avoir initialement investigué la situation de l'assurée et constaté qu'il était exigible de l'intéressée qu'elle abandonne son activité indépendante au profit d'une activité adaptée (cf. notamment rapport d'enquête économique pour les indépendants du 21 décembre 2006 et avis juriste du 17 novembre 2008), a de facto exclu l'application de la méthode extraordinaire et opté jusqu'ici pour la méthode ordinaire de comparaison des revenus, ce que la recourante ne conteste pas. La Cour de céans, pour sa part, ne voit aucune raison de revenir sur ce choix dans le cadre de la nouvelle demande déposée le 27 juin 2011 – cela d'autant qu'il résulte des données inscrites au Registre du commerce que l'entreprise individuelle de l'assurée a été radiée le 11 octobre 2018, date à laquelle une nouvelle entité au nom de son époux a été créée. b) Afin de procéder à la comparaison des revenus selon la méthode ordinaire d'évaluation de l'invalidité, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2). Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid.

E. 8

a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, dans la mesure où il est recevable, et la décision querellée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie

recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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