RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2253/2021 **ATAS/839/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 septembre 2022

2ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ONEX recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante), ressortissante polonaise née le _____ 1976, célibataire et mère d'un enfant né en août 2011, est diplômée d'une école d'agriculture, qu'elle a suivie dans son pays d'origine. Elle est officiellement domiciliée à Genève depuis 2006, où elle a travaillé à 100% jusqu'en 2012 en qualité de « manutentionnaire » pour l'entreprise B_____ SA. Elle avait auparavant occupé divers emplois de vendeuse, nettoyeuse et garde d'enfant entre 2003 et 2006 (sans que l'on sache exactement à quels taux).

b. Le 25 mars 2011, l'assurée a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une première demande de prestations, visant l'octroi d'une réadaptation professionnelle, dans laquelle elle a précisé souffrir d'allergies au latex, aux kiwis et aux tomates.

En janvier 2013, l'OAI a accordé à l'assurée un placement à l'essai auprès de l'entreprise C_____ AG, mesure que l'intéressée a suivie d'abord jusqu'en juillet 2013, avant que celle-ci soit prolongée.

Dès le 1er janvier 2014, l'assurée a été engagée en qualité de vendeuse par l'entreprise C_____ AG, dans le cadre d'un contrat à durée indéterminée et sur la base d'un taux d'occupation de 60%.

Par décision entrée en force du 13 février 2015, l'OAI a constaté la réussite des mesures d'ordre professionnel, tout en précisant que le taux de 60% auquel l'assurée avait été engagée résultait d'un choix personnel (afin de s'occuper de son jeune fils). À l'issue des mesures professionnelles, la comparaison des gains ne mettait en évidence qu'un degré d'invalidité de 9%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité.

Le 23 janvier 2019, l'assurée a été licenciée par C_____ AG pour motifs économiques, avec effet au 30 avril 2019.

c. Le 12 février 2019, l'assurée a déposé auprès de l'OAI une seconde demande de prestations, dans laquelle elle a invoqué divers troubles psychiques (anhédonie, troubles de la concentration, tristesse et angoisse).

Invitée par l'OAI à transmettre, dans les 30 jours, tout rapport médical susceptible de rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision entrée en force de février 2015, l'assurée n'a produit aucun document dans le délai imparti.

Par décision entrée en force du 15 mai 2019, l'OAI a donc refusé d'entrer en matière sur sa seconde demande.

d. Le 20 août 2019, l'assurée a déposé auprès de l'OAI une troisième demande de prestations, dans laquelle elle a invoqué, à nouveau, divers symptômes d'ordre

psychique (angoisse, anxiété, perte d'intérêt, perte de poids, pleurs et troubles de la concentration).

e. À la demande de l'OAI, les médecins de l'assurée ont complété des questionnaires médicaux, dont ressortaient notamment les éléments suivants :

- le 7 octobre 2019, le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui suit l'assurée depuis le 2 juillet 2018, a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif moyen avec syndrome somatique. L'assurée avait présenté une décompensation, à la suite de pressions et d'un mobbing professionnel, après deux arrêts de travail pour cause d'accident intervenus entre fin 2018 et janvier 2019. L'assurée présentait diverses limitations psychiques (asthénie, fatigabilité, isolement social, troubles de la mémoire récente, crises d'angoisse), et actuellement, sa capacité de travail paraissait nulle. Une légère diminution de la tristesse était constatée, mais à ce jour, l'état de santé n'était pas stabilisé et il convenait de réévaluer la situation dans trois mois ;

- le 20 novembre 2019, docteur E_____, médecin praticien, qui suit l'assurée depuis 2010, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants : lombosciatalgie gauche, céphalées post-traumatiques, déchirure interstitielle du tendon surépineux gauche, bursite sous-acromio-déltoïdienne gauche, fracture diaphysaire distale du 5ème orteil du pied droit, trouble anxieux et dépressif. L'assurée était suivie par un médecin orthopédiste pour une problématique ostéoarticulaire, ainsi que par un psychiatre et une psychologue. Une amélioration avait été constatée au niveau de l'épaule gauche, mais l'assurée déplorait désormais une lombosciatalgie gauche. Les cervicalgies et les céphalées, même si elles avaient diminué en intensité et en fréquence, demeuraient présentes deux à trois fois par semaine. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assurée – qui était en arrêt de travail depuis le mois de juillet 2018 – présentait des douleurs lombaires, un état dépressif et une allergie au latex. Dans l'activité antérieure de manutentionnaire, le Dr E_____ concluait à une capacité de travail nulle (0%). En revanche, il concluait à une capacité de travail entière (100%) dans toute activité adaptée, permettant d'éviter les positions debout prolongées, les longues marches, le port de charges supérieures à 5 kg, les flexions du tronc et les contacts avec du latex ;

- le 2 avril 2020, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a confirmé les diagnostics incapacitants de lombosciatalgie gauche, de déchirure interstitielle du tendon surépineux gauche, de bursite sous-acromio-déltoïdienne gauche et de fracture diaphysaire distale du 5ème orteil du pied droit. Le médecin a précisé suivre l'assurée depuis le mois de janvier 2018, pour une problématique ostéoarticulaire. L'intéressée présentait des douleurs persistantes de l'épaule gauche, suite à un accident du travail en juillet 2018,

qui s'était soldé par une déchirure ligamentaire. S'y étaient ajoutées, dès septembre 2018, des céphalées au niveau occipital. Une amélioration de l'état de santé avait été constatée au niveau de l'épaule gauche, grâce à des séances de physiothérapie. En revanche, depuis le « 28 janvier », l'assurée souffrait d'une lombosciatalgie gauche engendrant des douleurs irradiant dans la jambe, essentiellement lorsqu'elle restait assise longtemps. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assurée ne pouvait pas rester debout longtemps, ni effectuer de longues marches, ni fléchir le tronc ou soulever / porter des charges au-delà de 5 kg. Dans l'activité professionnelle antérieure, la capacité de travail était nulle (0%) depuis le 17 juillet 2018. En revanche, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles paraissait exigible et dans une telle activité, le Dr F_____ estimait que l'on pouvait retenir une capacité de travail de « 100% de manière progressive (4h à 8h par jour) ». S'agissant par ailleurs des tâches ménagères, l'assurée ne parvenait pas à passer l'aspirateur, tandis que les autres tâches devaient être effectuées lentement, à cause des douleurs et de « l'impotence fonctionnelle ». Le Dr F_____ a joint, entre autres :

  - un bilan d'IRM de la colonne lombosacrée daté du 14 février 2019, dans lequel le docteur G_____, radiologue, a conclu à une lyse isthmique bilatérale de L5, responsable d'un antélisthésis L5 (grade I), à une discopathie dégénérative modérée au niveau L5, ainsi qu'à une arthrose interapophysaire postérieure bilatérale et modérée aux niveaux L4-L5 ;
  - un bilan d'arthro-IRM de l'épaule gauche daté du 13 mars 2020 et émanant du docteur H_____, radiologue, faisant état d'un remaniement osseux et cortical de la tête humérale d'origine mixte (dystrophique et vraisemblablement séquellaire post-traumatique), sans signe de lésion tendineuse ou ligamentaire.

- Le 5 mai 2020, le Dr D_____ a attesté d'une progression vers un état dépressif « moyen à léger », tout en précisant que l'assurée présentait néanmoins une (totale) perte de confiance, suite à son licenciement, et qu'elle appréhendait son avenir professionnel. L'évolution de l'état de santé était caractérisée par une diminution lente et graduelle des crises d'angoisse, avec toutefois la persistance d'un manque de confiance en soi, de troubles du sommeil (liés à des lombalgies) et d'une « anticipation anxieuse ». En outre, l'humeur dépressive demeurait fluctuante. S'agissant des limitations psychiques, elles correspondaient au manque de confiance et à l'appréhension de l'avenir professionnel exprimés par l'assurée, toujours marquée par le mobbing subi. Le Dr D_____ en concluait que, dans une activité adaptée à l'état de santé, la capacité de travail était de 50% dès le 10 mars 2020, puis de 100% dès le 1er mai 2020. Il préconisait la poursuite de la prise en charge psychiatrique, de la psychothérapie et d'un traitement par antidépresseur (Brintellix). Pour le reste, le psychiatre a répondu par la négative à la question

de savoir si un examen complémentaire lui paraissait nécessaire pour évaluer les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.

f. En parallèle, à la fin du mois de février 2020, l'assurée s'est inscrite au chômage à 100% et un délai-cadre d'indemnisation a été ouvert en sa faveur dès le 2 mars 2020.

g. En avril 2020, l'OAI a obtenu copie d'un rapport adressé à l'assurance perte de gain maladie par le Dr D_____, dans lequel ce psychiatre confirmait une « lente et progressive amélioration, malgré la persistance d'une fragilité thymique et émotionnelle ». Il préconisait la reprise d'une activité professionnelle à 50% dès le 1er mars 2020 (par exemple dans les domaines de l'aide aux personnes âgées ou aux enfants), tout en suggérant la réalisation d'un bilan de compétences.

h. Dans un rapport daté du 18 novembre 2020, la doctoresse I_____, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a exposé qu'après avoir déposé sa première demande en 2011, puis été reclassée en qualité de vendeuse, l'assurée avait présenté des douleurs au niveau de l'épaule gauche, suite à un accident du travail en juillet 2018. L'accident s'était soldé par une fracture diaphysaire distale du 5ème orteil du pied droit, auxquels s'étaient ajoutées une déchirure interstitielle du tendon sus-épineux gauche, une bursite sous-acromio déltoïdienne gauche avec déchirure ligamentaire, des douleurs lombaires irradiant parfois dans la jambe gauche, ainsi que des céphalées et une cervicalgie. L'arthro-IRM de l'épaule gauche n'avait pas montré de lésion tendineuse ou ligamentaire, mais un remaniement osseux spongieux et cortical au niveau de la partie postérieure de la tête humérale. En novembre 2019, le Dr F_____ avait considéré que l'assurée était apte à reprendre progressivement à 100% une activité professionnelle adaptée à ses limitations. De son côté, le Dr D_____, après avoir retenu (dans son rapport d'octobre 2019) un diagnostic d'état dépressif moyen avec syndrome somatique et une capacité de travail nulle, avait fait état, en mai 2020, d'une évolution favorable grâce à un traitement antidépresseur. Enfin, dès le mois de mars 2020, l'assurée s'était inscrite au chômage à 100%. En conclusion, la Dresse I_____ retenait, sur la base des rapports versés au dossier, que la recourante avait présenté une capacité de travail nulle dans l'activité de vendeuse (ou toute autre) dès le 17 juillet 2018. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (soit une activité permettant d'éviter le port répété de charges supérieures à 10 kg, les positions en porte-à-faux, les rotations répétées du rachis, les mouvements répétés avec le bras gauche et les contacts avec des allergènes connus), elle avait recouvré une capacité de travail exigible de 50% dès le 10 mars 2020, puis de 100% dès le 1er mai 2020.

i. L'OAI, considérant que l'assurée devait se voir reconnaître un statut mixte, pondéré à raison de 60% pour l'activité professionnelle et de 40% pour les tâches ménagères, a diligenté une enquête économique sur le ménage (cf. mandat du 10 décembre 2020).

Dans son rapport du 2 février 2021, l'enquêtrice a notamment rappelé qu'après avoir travaillé comme manutentionnaire à 100% de 2006 à 2010, activité qu'elle avait interrompue en raison de différentes allergies, puis bénéficié d'une réadaptation professionnelle avec l'aide de l'assurance-invalidité, l'assurée avait travaillé dès 2012 en tant que vendeuse, à un taux de 60% qu'elle avait choisi dans le but de s'occuper de son fils. L'assurée avait travaillé comme vendeuse jusqu'à son accident, en juillet 2018, puis avait été licenciée en janvier 2019. Elle s'était inscrite au chômage dès le mois de mars 2020. Interrogée sur la question de savoir si elle travaillerait sans handicap, l'assurée avait indiqué que, sans atteinte à la santé, elle aurait poursuivi son emploi de vendeuse à 60%, même si les conditions de travail auprès de son ancien employeur étaient de plus en plus difficiles. Elle avait fait le choix de travailler à temps partiel pour pouvoir s'occuper en parallèle de son fils né en 2011, dont elle avait entièrement la garde. Comme son fils était désormais plus grand, elle envisageait de reprendre une activité à temps complet, pour des raisons financières ; elle s'était inscrite au chômage à 100% et recherchait un emploi de vendeuse ou dans le service d'une cafétéria, par exemple dans un établissement médico-social. Au plan financier, l'assurée s'acquittait d'un loyer de CHF 1'190.- par mois. Elle percevait des indemnités de chômage à hauteur de CHF 1'800.- mensuellement, auxquelles s'ajoutaient les allocations familiales de CHF 300.- par mois et des prestations du service des prestations complémentaires, à concurrence de CHF 1'000.- par mois. Depuis le mois de janvier 2021, l'assurée ne percevait plus la contribution d'entretien de CHF 650.- qui lui était versée jusqu'alors pour son fils, le père de l'enfant ayant perdu son emploi. Après avoir décrit les atteintes de l'assurée, ses limitations fonctionnelles et ses empêchements dans les différents champs d'activité, l'enquêtrice est parvenue à la conclusion que les empêchements ménagers s'élevaient à 22.4%.

B. **a.** Le 6 février 2021, l'OAI a transmis à l'assurée un préavis (projet) de décision d'octroi d'une rente d'invalidité pour une durée limitée, à savoir un trois-quarts de rente dès le 1er février 2020, puis un quart de rente du 1er au 31 juillet 2020, la rente étant supprimée dès le 1er août 2020. L'office y a retenu que le statut de l'assurée était mixte, pondéré à 60% pour l'activité professionnelle et à 40% pour les travaux ménagers. Dans la sphère professionnelle, l'OAI reconnaissait à l'assurée une capacité de travail nulle dans son activité habituelle dès le 17 août 2018, mais de 50% dans toute activité adaptée à son état de santé dès le 10 mars 2020, puis de 100% dès le 1er mai 2020. Dans la sphère ménagère, il ressortait de l'enquête des empêchements de 22.4%. À l'issue du délai de carence d'un an, au 17 août 2019, le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle était de 100% et le degré d'invalidité global, tenant compte des sphères professionnelles et ménagères, s'élevait à 69%. La demande ayant été déposée le 28 août 2019 (demande tardive), la rente ne pouvait être versée que six mois plus tard, soit dès le 1er février 2020. Dès le 10 mars 2020, compte tenu du recouvrement par l'assurée d'une capacité de travail de 50% dans toute activité adaptée, le degré

d'invalidité global était réduit à 40%, ce qui justifiait le passage à un quart de rente d'invalidité dès le 1er juillet 2020, trois mois après l'amélioration de l'état de santé. Enfin, eu égard au recouvrement par l'assurée d'une capacité de travail de 100% dans toute activité adaptée dès le 1er mai 2020, le degré d'invalidité global était réduit à 10%, ce qui justifiait la suppression de la rente d'invalidité dès le 1er août 2020. Ce degré d'invalidité de 10% était insuffisant pour ouvrir droit à un reclassement, et l'assurée ne pouvait pas non plus prétendre à une orientation professionnelle ou à une aide au placement, au vu du large éventail d'activités qui lui demeuraient accessibles dans les secteurs de la production et des services.

b. Le 23 février 2021, l'OAI a reçu de nouveaux rapports, notamment :

- un bilan d'IRM de la colonne cervicale daté du 3 décembre 2020 et émanant du centre de radiologie Affidea, faisant état, au niveau C3-C4, d'une hernie discale postéro-latérale et foraminale gauche, ainsi qu'au niveau C6-C7, d'une minime hernie discale médiane, sans signe de conflit discoradiculaire ;
- un bilan de radiographies de la colonne cervicale rédigé le 3 décembre 2020, par le docteur J_____, radiologue, attestant l'absence d'anomalie morphologique ou de la segmentation vertébrale, ainsi que l'absence d'anomalie notable des parties molles péri-vertébrales ;
- un bilan d'arthro-IRM de l'épaule gauche rédigé le 10 décembre 2020 par le Dr J_____, concluant à un aspect inchangé des remaniements osseux de la tête humérale d'origine dystrophique.

c. L'assurée s'est opposée au préavis par courrier du 4 mars 2021, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2020. D'une part, elle a fait valoir qu'elle aurait travaillé à temps complet si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. D'autre part, elle a contesté l'amélioration de son état de santé et de sa capacité de travail retenue par l'OAI (dans le sens d'une capacité de travail exigible de 50% dès le 10 mars 2020, puis de 100% dès le 1er mai 2020), constatations dont elle a fait remarquer qu'elles ne reposaient sur aucun examen médical de la part de l'administration.

d. Dans un bref avis médical daté du 11 mars 2021, la Dresse I_____ a fait valoir que les derniers rapports reçus par l'OAI, en février 2021, n'étaient pas propres à modifier les conclusions exprimées par le SMR.

e. Dans une « note relative au choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité », datée du 12 mars 2021, l'OAI a relevé qu'au moment du dépôt de sa première demande de prestations, l'assurée travaillait à 100% en tant que manutentionnaire, vivait en concubinage et était enceinte de son premier enfant. Elle disposait alors, selon le SMR, d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, permettant d'éviter les contacts avec du latex et des protéines d'origine végétale. La réadaptation mise en place par l'assurance-invalidité avait abouti à l'engagement de l'assurée chez C_____ AG, à un taux de 60% qui résultait d'un choix personnel, l'intéressée souhaitant être présente auprès de son fils. Dans le

cadre de l'instruction de la demande subséquente, déposée en août 2019, l'ancien employeur avait confirmé que ce taux avait été maintenu jusqu'au 30 septembre 2019, date de la fin des rapports de travail. Lors de l'enquête ménagère, l'intéressée avait expliqué que, sans atteinte à la santé, elle aurait poursuivi son emploi de vendeuse à 60%. Même si elle s'était inscrite au chômage (délai-cadre ouvert du 2 mars 2020 au 1er mars 2022), l'assurée avait souligné à différentes reprises durant l'instruction qu'elle souhaitait exercer son activité à 60%, pour pouvoir concilier son activité professionnelle avec l'éducation de son enfant. À ce jour, son enfant fréquentait l'école primaire (degré 5P) et prenait tous ses repas à la maison. En outre, l'assurée s'occupait seule des soins et de l'éducation de l'enfant. L'OAI, à défaut d'éléments objectifs permettant de justifier un statut d'active à 100%, persistait à considérer que l'assurée disposait d'un statut mixte « 60/40 ».

f. Par décision du 25 juin 2021, l'OAI, reprenant la motivation développée dans son préavis, a confirmé l'octroi, en faveur de l'assurée, d'un trois-quarts de rente du 1er février au 30 juin 2020, puis d'un quart de rente du 1er au 31 juillet 2020, la rente étant supprimée dès le 1er août 2020. Il a également confirmé un statut mixte (toujours pondéré à 60% pour l'activité professionnelle et à 40% pour les travaux ménagers), arguant qu'il n'existait aucun élément objectif susceptible de justifier une modification sur ce point. Pour le reste, les documents produits à l'appui de l'opposition ne mettaient pas en évidence de faits nouveaux, selon le SMR.

C. **a.** Par lettre du 1er juillet 2021, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) d'un recours, concluant à l'annulation de la décision du 25 juin 2021, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le « 18 juillet 2018 » (sic) et à ce que les frais de la procédure soient laissés à la charge de l'État.

Elle a réitéré que, si elle était restée en bonne santé, elle aurait travaillé à 100%, contrairement à ce que retenait la décision attaquée. En effet, elle avait travaillé à 100% avant d'être reclassée par l'assurance-invalidité en tant que vendeuse, suite à une maladie professionnelle, et c'était pour des raisons liées au marché du travail qu'elle n'avait pas pu travailler à 100% dans le domaine de la vente.

Par ailleurs, elle a contesté le degré d'invalidité retenu par l'OAI, renvoyant sur ce point à son opposition.

Enfin, elle a fait valoir que la rente d'invalidité devait lui être versée dès le mois d'août 2019 (dans la mesure où une incapacité de travail lui avait été reconnue dès le 17 août 2018) plutôt que depuis le mois de février 2020, comme le retenait la décision attaquée. En effet, elle avait déjà déposé une nouvelle demande de prestations le 12 février 2019, en relation avec la même incapacité de travail. La demande déposée en février 2019 s'était certes soldée par un refus d'entrer matière, mais cela lui paraissait contradictoire avec la décision attaquée.

b. Dans sa réponse, l'intimé a conclu au rejet du recours.

S'agissant du statut, il a indiqué avoir tenu compte du fait qu'au moment de la survenance de l'incapacité de travail, la recourante exerçait sa dernière activité à 60% depuis plusieurs années, cette dernière ne s'étant au demeurant pas inscrite au chômage pour compléter cet emploi à taux partiel. Par ailleurs, lors de l'enquête ménagère, la recourante avait indiqué que ce taux de 60% lui convenait pour pouvoir s'occuper de son fils.

Enfin, l'intimé maintenait que la nouvelle demande de prestations, déposée en août 2019, avait été jugée « tardive » à juste titre. En effet, la (première) demande déposée en 2011 s'était soldée par une décision de « réussite des mesures professionnelles », rendue en 2015. Quant à la seconde demande, elle avait donné lieu – dans la mesure où la recourante n'avait produit aucun document susceptible de démontrer une péjoration de son état de santé – à une décision de refus d'entrer en matière, notifiée en mai 2019 et entrée en force.

c. Invitée par la CJCAS à répondre à diverses questions, la directrice de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) a exposé, le 10 février 2022, que suite à l'inscription au chômage de la recourante, un délai-cadre d'indemnisation avait été ouvert en faveur de celle-ci du 2 mars 2020 au 30 novembre 2021. La recourante avait été indemnisée du mois de mars 2020 jusqu'au mois de novembre 2021, son dossier ayant par la suite été annulé dès le 3 décembre 2021, compte tenu du fait qu'elle avait épuisé son droit aux indemnités de chômage. Du 29 juin au 24 juillet 2020, la recourante avait suivi une mesure de marché du travail auprès de K_____ SA à 100%. Elle avait effectué ses recherches d'emploi à satisfaction de l'office régional de placement (ORP) et ses démarches visaient des activités à plein temps.

d. La CJCAS a également invité les médecins de la recourante à répondre à un questionnaire. Ils se sont déterminés comme suit :

- dans un rapport daté du 10 janvier 2022, le Dr E_____ a retenu les diagnostics suivants : névrome de Morton ; lombalgies sur discopathies lombaires ; syndrome de la coiffe de l'épaule gauche avec lésion du sus-épineux ; cervicalgies sur discopathies cervicales ; syndrome de Quervain du poignet droit, fracture de « P105 » droit ; trouble anxieux et dépressif. S'agissant de l'évolution de l'état de santé, l'assurée avait bénéficié d'une nette amélioration au niveau des cervicalgies et des céphalées, qui avaient diminué en intensité et en fréquence, mais demeuraient présentes 2 ou 3 fois par semaine. Par ailleurs, depuis janvier 2019, la lombosciatalgie gauche et les douleurs irradiant dans la jambe demeuraient présentes lorsque la recourante restait assise longtemps. En raison de ses douleurs et de son impotence fonctionnelle, la recourante devait accomplir lentement ses tâches ménagères et ne pouvait pas passer l'aspirateur. Dans une activité adaptée, l'assurée paraissait capable de travailler à 60%. Au 25 juin 2021 (date de la décision attaquée), la recourante était au chômage et sa capacité de travail était de 100% ;

- dans un rapport daté du 26 janvier 2022, le Dr D_____ a retenu les diagnostics d'état dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), avec des fluctuations de léger à sévère, ainsi que d'anxiété généralisée (F41.1). L'évolution de l'état de santé s'était révélée lentement favorable, avec toutefois une persistance des fluctuations de l'humeur et, surtout, des crises d'angoisse avec phobie sociale, crises d'angoisses qui constituaient en l'occurrence des limitations fonctionnelles. À la question de savoir si la recourante était capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations, le psychiatre a répondu par l'affirmative, tout en précisant qu'il convenait d'éviter les contacts avec la clientèle. Dans une activité adaptée, il évaluait la capacité de travail à 60%, tout en précisant que ce taux pouvait évoluer à 80%, pour autant que les conditions soient favorables, c'est-à-dire en évitant les contacts avec la clientèle et les travaux de bureau, la recourante étant sans formation. En travaillant à 60%, la recourante ne subirait pas de diminution de rendement, tandis qu'à un taux excédant 60%, on pouvait tabler sur une telle diminution (comprise entre 30% et 50%) pendant au moins six mois après la reprise d'une profession. Au 25 juin 2021, le médecin retenait une capacité de travail de 100%, étant donné que l'assurée était alors inscrite au chômage à 100%. La recourante était socialement soutenue, sauf sur le plan familial où elle était très isolée, sa famille habitant en Pologne ;
- dans un rapport daté du 22 février 2022, le Dr F_____ a indiqué suivre la recourante depuis janvier 2018, essentiellement pour son épaule gauche, ses cervicalgies et ses lombalgies. L'évolution s'était révélée favorable s'agissant du poignet droit et de l'orteil fracturé, mais pas en ce qui concernait les cervicalgies et les douleurs, respectivement l'impotence de l'épaule gauche. S'agissant de l'accomplissement des tâches ménagères, la recourante était effectivement gênée, surtout pour repasser, faire le ménage, passer l'aspirateur et effectuer des tâches répétitives ou impliquant le port de charges. Dans ces activités, on pouvait retenir une impotence de 50%, surtout dès la trentième minute. À la question de savoir quelle était la capacité de travail de la recourante au 25 juin 2021, dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, le Dr F_____ répondait que l'activité habituelle était la tenue du ménage et que, dans cette activité, l'incapacité était de 50%.

e. Par ordonnance du 7 mars 2022, la CJCAS a ordonné l'apport du dossier de la recourante auprès de l'OCE.

f. Invité par la CJCAS à formuler d'éventuelles observations sur les réponses obtenues auprès des médecins traitants et de l'OCE, l'intimé a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours. Il a joint copie d'une nouvelle appréciation datée du 14 avril 2022, dans laquelle la doctoresse L_____, du SMR, relevait que les limitations décrites par le Dr F_____ dans son dernier rapport avaient déjà été prises en compte par le SMR.

g. Également invitée – à deux reprises, une fois par courrier recommandé – à formuler d'éventuelles observations sur les réponses obtenues auprès de ses médecins traitants et le dernier avis du SMR, la recourante ne s'est pas déterminée dans le délai (échu au 14 juin 2022) qui lui avait été imparti pour le faire.

h. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable.

4. Le 1er janvier 2022 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées ci-après dans leur ancienne teneur.

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité au-delà du 31 juillet 2020, date à compter de laquelle cette rente a été supprimée par l'intimé. Au vu de la motivation du recours, il s'agit singulièrement de déterminer la méthode d'évaluation du degré d'invalidité, dont l'application dépend du statut de la recourante (assurée exerçant une activité lucrative à temps partiel ou à temps plein).

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle 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). Selon l'art. 7 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

7. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 - 5ème révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

8. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose 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.

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. 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 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

9. Selon l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend

plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b).

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

10. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; ATF 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Si la détermination du statut doit prendre en compte la volonté hypothétique de l'assuré (qui, en tant que fait interne, ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve), cette volonté ne peut être admise sans autres éléments de preuve, mais doit être

confortée par des indices extérieurs (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1). Ceux-ci sont à rechercher dans l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières ou professionnelles et doivent présenter un degré de vraisemblance prépondérante (cf. ATF 125 V 149 consid. 2c p. 150).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1 ; ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

11.

11.1 Dans la méthode d'évaluation mixte, pour déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question, il faut évaluer, d'une part, l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités et, d'autre part, l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 16 LPGA) ; on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité (ATF 137 V 334 consid. 5).

11.2 Pour évaluer le taux d'invalidité par comparaison des revenus, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). Il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa p. 323). Toutefois, lorsque

cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières.

11.3 Pour la part de l'activité ménagère, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place (ATF 130 V 97). Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.733/06 du 16 juillet 2007).

11.4 Selon l'art. 27bis RAI en vigueur depuis le 1er janvier 2018, le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est déterminé par l'addition des taux suivants: a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 1). Le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est déterminé en extrapolant le revenu sans invalidité pour une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 % (al. 2 let. a).

Sous l'empire de l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI modifié, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPGA. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalide est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide. Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est, comme c'était le cas auparavant, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28a al. 2 LAI (cf. Ralph LEUENBERGER, Gisela MAURO, Changements dans la méthode mixte, in Sécurité sociale/CHSS n° 1/2018 p. 45).

12. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À 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 également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n’est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L’importance de l’examen personnel de l’assuré par l’expert n’est reléguée au second plan que lorsqu’il s’agit, pour l’essentiel, de porter un jugement sur des éléments d’ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s’avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d’un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la

fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

13. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

14. En l'espèce, suite au dépôt par la recourante d'une troisième demande de prestations, en août 2019, l'intimé est entré en matière sur celle-ci et a instruit la cause, en invitant les médecins traitants à remplir différents questionnaires et en mettant en œuvre une enquête ménagère. L'intimé est parti du principe que la recourante devait se voir reconnaître un statut mixte, considérant que cette dernière, si elle était restée en bonne santé, aurait continué à travailler comme vendeuse à 60% et à se consacrer le reste du temps à ses tâches ménagères.

Dans la décision attaquée, l'intimé, après avoir confirmé un statut mixte réparti à raison de 60% pour la sphère professionnelle et de 40% pour la sphère ménagère, a considéré (sur la base des questionnaires remplis par les médecins traitants et du rapport du SMR de novembre 2020) que, dans la sphère professionnelle, la recourante disposait d'une capacité de travail nulle dans sa profession antérieure (ou toute autre) dès le 17 août 2018, mais de 50% dès le 10 mars 2020, puis de 100% dès le 1er mai 2020 dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (soit, selon le SMR, toute activité permettant d'éviter le port répété de charges supérieures à 10 kg, les positions en porte-à-faux, les rotations répétées du rachis, les mouvements répétés avec le bras gauche et les contacts avec des

allergènes connus). Dans la sphère ménagère, l'intimé a retenu des empêchements de 22.4%, en se fondant sur l'enquête réalisée en février 2021. À l'issue du délai de carence d'un an, en août 2019, il a fixé le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle à 100% et le degré d'invalidité global, tenant compte des sphères professionnelles et ménagères, à 69%. Il a néanmoins considéré que, dans la mesure où la demande avait été déposée le 28 août 2019 (demande tardive), la rente ne pouvait être versée que six mois plus tard, soit dès le 1er février 2020. Dès le 10 mars 2020, compte tenu du recouvrement par la recourante d'une capacité de travail de 50% dans toute activité adaptée, l'intimé a estimé qu'il en résultait une diminution du degré d'invalidité global à 40%, ce qui justifiait le passage à un quart de rente d'invalidité dès le 1er juillet 2020, trois mois après l'amélioration de l'état de santé. Enfin, eu égard au recouvrement par la recourante d'une capacité de travail de 100% dans toute activité adaptée dès le 1er mai 2020, le degré d'invalidité global était réduit à 10%, ce qui justifiait la suppression de la rente d'invalidité dès le 1er août 2020.

De son côté, la recourante conteste le statut mixte retenu par l'intimé, arguant que, si elle était restée en bonne santé, elle aurait travaillé à 100%, ce qu'elle avait d'ailleurs fait par le passé, avant son reclassement en tant que vendeuse. Par ailleurs, elle conteste l'évaluation de son invalidité et plus particulièrement l'amélioration, retenue par l'office, de sa capacité de travail à 50% dès le 10 mars 2020, puis à 100% dès le 1er mai 2020, constatations dont elle fait remarquer qu'elles ne reposent pas sur un examen médical effectué par l'administration. Enfin, elle fait valoir que, contrairement à ce que retient la décision attaquée, la rente d'invalidité devrait lui être versée dès le mois d'août 2019 (une année après le début de son incapacité de travail), et non dès le mois de février 2020 (six mois après le dépôt de sa dernière demande), dès lors qu'elle avait déjà déposé une nouvelle demande de prestations en février 2019.

15.

15.1 De jurisprudence constante, le statut de la personne assurée dépend de ce que cette dernière aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (cf. supra consid. 10). En l'occurrence, la question est de savoir si la recourante, dans l'hypothèse où elle n'avait souffert d'aucune atteinte à la santé, aurait exercé une activité à temps partiel ou à temps plein.

À titre liminaire, on rappellera que la recourante, âgée de 44 ans lors du prononcé de la décision litigieuse, a suivi une école d'agriculture en Pologne, à l'issue de sa scolarité obligatoire. Elle est domiciliée officiellement à Genève depuis 2006, où elle a travaillé à 100% jusqu'en 2012 en qualité de « manutentionnaire ». De 2013 à 2019, elle a travaillé en tant que vendeuse à 60%, après avoir été reclassée par l'assurance-invalidité en raison de diverses allergies. La recourante est mère d'un enfant né en 2011, dont elle assume la garde et qui était âgé de (pratiquement) 10 ans à la date de la décision attaquée. Selon les informations recueillies auprès de l'assurance-chômage, la recourante y a été inscrite pour un emploi à 100 % dès

le 2 mars 2020 et elle a déposé, en vain, de nombreuses candidatures pour des postes à plein temps. Toujours selon le dossier de l'assurance-chômage, la recourante, après que son droit aux indemnités de chômage a pris fin, en novembre 2021, s'est annoncée en décembre 2021 à l'Hospice général.

Au cours de l'enquête ménagère du 2 février 2021, la recourante, interrogée sur la question de savoir si elle travaillerait sans handicap, a exposé en substance qu'elle avait travaillé en dernier lieu à temps partiel (60%) pour pouvoir s'occuper de son fils, qu'en bonne santé, elle aurait poursuivi son emploi de vendeuse à 60%, mais que, comme son fils était désormais plus grand, elle souhaitait reprendre une activité à 100%, pour des raisons financières. Elle a précisé s'être inscrite au chômage à 100% depuis le mois de mars 2020 et rechercher un emploi de vendeuse ou dans le service d'une cafétéria. Elle a également précisé que, depuis le mois de janvier 2021, elle ne percevait plus la contribution d'entretien (de CHF 650.-) qui lui avait été versée jusqu'alors pour son fils, le père de l'enfant ayant perdu son emploi.

15.2 La chambre de céans considère qu'au regard de la situation familiale, professionnelle et financière – précaire – de la recourante (inscription au chômage en mars 2020, suivie de la recherche effective d'un emploi à 100% ; situation de mère célibataire assumant seule les charges de l'enfant sans percevoir de contribution d'entretien depuis janvier 2021), mais également de son âge et de celui de son fils, il est hautement vraisemblable qu'en tout cas depuis le mois de mars 2020 (soit depuis son inscription au chômage à 100%), l'intéressée, si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, aurait – ainsi qu'elle l'allègue – travaillé à plein temps afin de subvenir à son entretien et à celui de son fils, âgé (pratiquement) d'une dizaine d'années. Cela paraît d'autant plus probable qu'avant d'être atteinte dans sa santé, la recourante avait déjà travaillé à 100%, notamment entre 2006 et 2012 (comp. avec l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 5).

15.3 Pour répondre à l'argumentation de l'intimé, on relèvera que l'exercice d'une activité à 60% pendant plusieurs années dès 2013, de même que le fait qu'au moment de l'enquête, le fils de la recourante prenait ses repas de midi à domicile, ne sauraient justifier l'admission d'un statut mixte au-delà de la fin du mois de février 2020 (moment où la recourante s'est inscrite au chômage à 100%). En effet, il convient de relever qu'à l'époque où la recourante a débuté son activité de vendeuse à 60% en 2013, son fils n'était âgé que de deux ans, de sorte qu'il nécessitait de façon évidente davantage de soins (d'où le choix à l'époque d'un temps partiel) qu'au moment de l'inscription au chômage (puis de la décision attaquée), où il était âgé d'une dizaine d'années et disposait donc d'un certain degré d'autonomie. À cela s'ajoute que la situation financière de la recourante semble s'être précarisée depuis le moment où elle a commencé à travailler comme vendeuse, ce qui rend d'autant plus vraisemblable l'hypothèse selon laquelle, sans handicap, elle aurait repris une activité professionnelle à 100%. En effet, au

moment où elle a débuté son activité dans la vente, en 2013, la recourante vivait en concubinage avec le père de l'enfant, ce qui suppose en pratique un partage des charges du ménage. Or, cette situation n'était plus d'actualité en 2020-2021 (le couple s'étant séparé en 2016, selon le dossier de l'assurance-chômage [cf. la biographie figurant dans le bilan d'orientation professionnelle effectué auprès de K_____ SA]). De surcroît, comme déjà exposé, le père de l'enfant ne verse plus de contribution d'entretien depuis 2021, en raison de la perte de son emploi. Quant au fait qu'au moment de l'enquête, le fils de la recourante prenait ses repas de midi à domicile, il ne revêt aucune importance pour trancher la question du statut : de toute évidence, si l'intéressée avait travaillé à 100%, son fils aurait pu prendre ses repas à la cantine scolaire, comme il l'a déjà fait par le passé lorsque la recourante travaillait encore (cf. enquête du 2 février 2021, p. 4).

15.4 Il résulte de ce qui précède que, depuis le mois de mars 2020, un statut d'active à 100% doit être reconnu à la recourante. Sur ce point, le recours est partiellement admis.

En revanche, pour la période antérieure à l'inscription au chômage (soit jusqu'en février 2020), il n'y a pas lieu de s'écarter du statut mixte retenu dans la décision attaquée, dès lors que, pour la période considérée, on peut considérer avec l'intimé qu'il ne ressortait pas (encore) du dossier suffisamment d'indices extérieurs, propres à corroborer la déclaration d'intention de la recourante concernant la reprise d'une activité lucrative à 100%.

16. À ce stade, il convient de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante.

16.1 La chambre de céans constate que les rapports des trois médecins traitants et l'avis du SMR du 18 novembre 2020 se rejoignent en tant qu'ils parviennent à la conclusion unanime que la recourante pourrait exercer une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles.

En effet, dans son rapport du 20 novembre 2019, le Dr E_____, après avoir retenu divers diagnostics (lombosciatalgie gauche, céphalées post-traumatiques, déchirure interstitielle du tendon surépineux gauche, bursite sous-acromio-déltoïdienne gauche, fracture diaphysaire distale du 5ème orteil du pied droit, trouble anxieux et dépressif), a conclu à une capacité de travail nulle (0%) dans l'activité antérieure de manutentionnaire, mais entière (100%) dans une activité adaptée, permettant d'éviter les positions debout prolongées, les longues marches, le port de charges supérieures à 5 kg, les flexions du tronc et les contacts avec du latex.

De son côté, le Dr F_____ a également considéré, dans son rapport du 2 avril 2020, qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles lui paraissait exigible et que, dans une telle activité, il retenait une capacité de travail de « 100% de manière progressive (4h à 8h par jour) ».

Quant au Dr D_____, il a attesté, dans son rapport du 5 mai 2020, d'une évolution vers un état dépressif « moyen à léger », caractérisée par une diminution

lente et graduelle des crises d'angoisse, avec toutefois la persistance de certains symptômes (manque de confiance en soi, troubles du sommeil liés aux lombalgies et anxiété). Il a préconisé la poursuite de la prise en charge psychiatrique-psychothérapeutique et d'un traitement antidépresseur. Il a conclu que, dans une activité adaptée à l'état de santé, la capacité de travail était de 50% dès le 10 mars 2020, puis de 100% dès le 1er mai 2020. On relèvera incidemment que, dans un rapport antérieur daté du 29 janvier 2020 et adressé à l'assurance perte de gain maladie, le Dr D_____ avait déjà préconisé une reprise du travail à 50% dès le mois de mars 2020.

Enfin, dans son rapport du 18 novembre 2020, la Dresse I_____, du SMR, a rappelé que la recourante avait présenté des douleurs au niveau de l'épaule gauche, suite à un accident du travail en juillet 2018. L'accident s'était également soldé par une fracture diaphysaire distale du 5ème orteil du pied droit, auxquels s'étaient ajoutés une déchirure interstitielle du tendon sus-épineux gauche, une bursite sous-acromio déltoïdienne gauche avec déchirure ligamentaire, des douleurs lombaires irradiant parfois dans la jambe gauche, ainsi que des céphalées et une cervicalgie. L'arthro-IRM de l'épaule gauche n'avait montré qu'un remaniement osseux spongieux et cortical de la tête humérale. En novembre 2019, le Dr E_____ avait considéré que l'assurée était apte à reprendre progressivement à 100% une activité professionnelle adaptée, puis en mai 2020, le Dr D_____ avait fait état d'une évolution favorable de l'état dépressif, grâce à un traitement antidépresseur. Enfin, dès le mois de mars 2020, l'assurée s'était inscrite au chômage à 100%. En conclusion, la Dresse I_____ a retenu, sur la base des rapports versés au dossier, que la recourante avait présenté une capacité de travail nulle dans l'activité de vendeuse (ou toute autre) dès le 17 juillet 2018. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'intéressée disposait d'une capacité de travail exigible de 50% dès le 10 mars 2020, puis de 100% dès le 1er mai 2020.

On précisera encore que, dans les rapports qu'ils ont rédigés les 10 et 26 janvier 2022, en réponse au questionnaire de la CJCAS, les Drs E_____ et D_____ ont confirmé qu'à la date déterminante du prononcé de la décision litigieuse, le 25 juin 2021, la recourante bénéficiait (encore) d'une capacité de travail de 100% dans toute activité adaptée à ses limitations.

16.2 La recourante ne remet pas en question la valeur probante des rapports établis par ses propres médecins et ne met pas non plus en évidence d'omission(s) susceptible(s) de les remettre en cause. Elle se limite à déplorer que le constat du recouvrement d'une capacité de travail à 50% dès le 10 mars 2020, puis de 100% dès le 1er mai 2020, ne reposerait pas sur un examen médical effectué par l'administration.

Contrairement à ce que l'intéressée semble croire, la jurisprudence n'exige pas qu'un examen personnel de l'assuré(e) soit systématiquement pratiqué par l'administration (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 187/05 du 12 août

2005 consid. 3.3 et la référence citée ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1). En l'occurrence, l'intimé n'avait pas à diligenter une expertise ou un examen personnel de la recourante par le SMR, dès lors que le dossier contenait suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'examens concrets par les médecins traitants, lesquelles se rejoignaient de surcroît quant à l'aptitude de la recourante à reprendre progressivement une activité professionnelle dès le mois de mars 2020.

16.3 Au vu de ce qui précède, l'intimé était fondé à retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante disposait d'une capacité de travail nulle dans son activité professionnelle antérieure de vendeuse (ou toute autre activité) dès le 17 août 2018, mais que, dans toute profession adaptée à ses limitations fonctionnelles, elle avait recouvré une capacité de travail de 50% dès le 10 mars 2020, puis de 100% dès le 1er mai 2020, ceci à tout le moins jusqu'à la date déterminante du prononcé de la décision attaquée, le 25 juin 2021.

17.

17.1 L'intimé a évalué le degré d'invalidité selon la méthode mixte. À l'issue du délai de carence d'un an, en août 2019, il a arrêté le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle à 100% en tenant compte d'une capacité de travail nulle dans toute profession, et le degré d'invalidité dans la sphère ménagère (« empêchements ménagers) à 22.4%, en se fondant sur le résultat de l'enquête du 2 février 2021. L'intimé a retenu un taux d'invalidité global, tenant compte des sphères professionnelles et ménagères, de 69%, ouvrant droit à un trois-quarts de rente d'invalidité (60% x 100% + 40% x 22.4% = 68.9%). Il a néanmoins considéré que, dans la mesure où la demande avait été déposée le 28 août 2019 (demande tardive), la rente ne pouvait être versée que six mois plus tard, soit dès le 1er février 2020 (art. 29 al. 1 LAI).

Contestant implicitement l'application de la règle prévue à l'art. 29 al. 1 LAI, la recourante soutient que la rente d'invalidité devrait lui être versée dès le mois d'août 2019 (une année après le début de son incapacité de travail), et non dès le mois de février 2020 (six mois après le dépôt de sa dernière demande), dès lors qu'elle avait déjà déposé une nouvelle demande de prestations en février 2019.

17.2 À teneur de l'art. 29 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 conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré.

Contrairement à ce que souhaiterait l'intéressée, il n'y a pas lieu de surseoir à l'application du délai de six mois découlant de l'art. 29 al. 1 LAI, pour le motif qu'une (nouvelle) demande de prestations avait déjà été déposée en février 2019. À l'instar de ce que relève l'intimé, la chambre de céans rappelle en effet que cette demande-là s'est soldée par une décision de non-entrée en matière, entrée en force. Or, conformément à la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral

9C_477/2018 du 28 août 2018 consid. 5.1 ; cf. également ATAS/751/2013 du 24 juillet 2013 consid. 14), le dépôt d'une nouvelle demande ensuite d'une décision de non-entrée en matière a pour conséquence que le droit à d'éventuelles prestations d'assurance ne peut effectivement prendre naissance au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date de dépôt de cette nouvelle demande (art. 29 al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que l'art. 29 al. 1 LAI s'applique également en cas de nouvelle demande à la suite d'un refus de prestations par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_110/2014 du 13 juin 2014 consid. 4.3).

Il résulte de ce qui précède que, comme le retient à juste titre la décision litigieuse, le droit au trois-quarts de rente d'invalidité est né le 1er février 2020, six mois après le dépôt de la dernière demande, en août 2019.

17.3 Pour la période courant jusqu'à la fin du mois de février 2020, le degré d'invalidité global, tel qu'évalué par l'intimé selon la méthode mixte, s'élève à 69%. Il n'y a pas lieu de s'écarter de ce taux, qui résulte, comme on l'a vu, de la pondération d'un degré d'invalidité de 100% dans la sphère professionnelle et d'un degré d'invalidité de 22.4% dans la sphère ménagère (60% x 100% + 40% x 22.4% = 68.9%). À cet égard, on précisera encore qu'il convient de s'en tenir au degré d'invalidité ménager de 22.4% ressortant du rapport d'enquête, que la recourante ne conteste pas en tant que tel (elle n'en discute en effet ni le contenu, ni les conclusions dans ses écritures).

18.

18.1 Procédant (toujours) au calcul du degré d'invalidité selon la méthode mixte, l'intimé a retenu que dès le 10 mars 2020, compte tenu du recouvrement par la recourante d'une capacité de travail de 50% dans toute activité adaptée, le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle avait diminué à 50.95% et le degré d'invalidité global, intégrant également les empêchements ménagers, à 40% (60% x 50.95% + 40% x 22.4% = 39.53%). Ce taux d'invalidité global de 40% justifiait le passage à un quart de rente d'invalidité dès le 1er juillet 2020, trois mois après l'amélioration de l'état de santé.

L'intimé a ensuite retenu que, dès le 1er mai 2020, vu le recouvrement par la recourante d'une capacité de travail de 100% dans toute activité adaptée, le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle était réduit à 1.91% et le degré d'invalidité global à 10% (60% x 1.91% + 40% x 22.4% = 10.1%), ce qui justifiait la suppression de la rente d'invalidité trois mois plus tard, soit dès le 1er août 2020.

18.2 Comme cela ressort des considérants qui précèdent, un statut d'active à 100% doit être reconnu à la recourante depuis mars 2020, ce qui signifie que le degré d'invalidité doit être déterminé depuis lors exclusivement en fonction des principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative (méthode générale de comparaison des revenus) et non sur la base de la méthode mixte, telle

qu'appliquée par l'intimé également pour la période postérieure au 1er mars 2020 (cf. Michel VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n. 121 ad art. 28a). Depuis le mois de mars 2020, l'invalidité doit par conséquent être évaluée au regard du seul degré d'invalidité dans le domaine professionnel, en faisant abstraction des empêchements (de 22.4%) retenus par l'intimé dans la sphère ménagère.

Selon les calculs figurant dans la décision attaquée, dès le 10 mars 2020, compte tenu du recouvrement d'une capacité de travail de 50% dans toute activité adaptée, le degré d'invalidité dans le domaine professionnel s'élève à 50.95% (CHF 50'667.- – CHF 24'850.- / CHF 50'667.- = 50.95%). Il n'y a pas lieu de revenir sur ce taux, qui ne prête pas le flanc à la critique et découle de la comparaison entre un revenu sans invalidité (de CHF 50'667.-) correspondant au salaire (extrapolé à 100%) perçu dans l'activité antérieure de vendeuse, selon les données fournies par C_____ AG (CHF 30'400.- dès le 1er janvier 2019, pour un taux de 60 %), avec le revenu statistique d'invalide (de CHF 24'850.-) que la recourante aurait été en mesure de réaliser en exerçant à 50% toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (tableau TA1_tirage_skill_level de l'ESS 2018, tâches simples de niveau de compétence 1, indexé, abattement de 10%).

Ce degré d'invalidité de 50.95% justifie le passage à une demi-rente d'invalidité dès le 1er juillet 2020, trois mois après l'amélioration de l'état de santé (art. 88a al. 1 RAI), et non à un quart de rente, comme l'a retenu l'intimé en continuant de procéder à un calcul selon la méthode mixte. La décision attaquée sera donc réformée en ce sens.

Dès le 1er mai 2020, compte tenu du recouvrement d'une capacité de travail de 100% dans toute activité adaptée, le degré d'invalidité dans le domaine professionnel s'élève à 1.91% (CHF 50'667.- – CHF 49'699 / CHF 50'667.- = 1.91%), taux sur lequel il n'y a pas lieu de revenir non plus et qui justifie la suppression de la rente d'invalidité avec effet au 31 juillet 2020.

19. Postérieurement à la décision du 25 juin 2021, l'état de santé et la capacité de travail de la recourante pourraient éventuellement s'être péjorés, la chambre de céans n'étant toutefois pas en mesure de se prononcer sur ce point.

En effet, dans le rapport qu'il a rédigé le 26 janvier 2022, en réponse au questionnaire de la CJCAS, le Dr D_____ a retenu les diagnostics d'état dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), avec des fluctuations de léger à sévère, ainsi que d'anxiété généralisée (F41.1). Il a alors évalué la capacité de travail dans une activité adaptée à un taux de 60%, tout en précisant que ce taux pouvait évoluer à 80% (pour autant que les conditions soient favorables). Dans ledit rapport, le Dr D_____ a par ailleurs confirmé qu'au 25 juin 2021, date de la décision attaquée, la capacité de travail était (encore) de 100%.

Étant donné que, dans son rapport du 26 janvier 2022 – postérieur au prononcé de la décision attaquée –, le Dr D_____ retient des diagnostics et des conclusions

moins favorables que dans son rapport antérieur (du 5 mai 2020), où il évoquait un état dépressif « moyen à léger » et une capacité de travail de 100%, taux qui restait selon lui encore d'actualité au moment du prononcé de la décision attaquée, la question d'une éventuelle péjoration de la capacité de travail postérieure à ladite décision se pose. Cela est d'autant plus vrai que, dans son rapport du 10 janvier 2022, le Dr E_____ atteste lui aussi d'une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée à l'état de santé, alors que dans son rapport antérieur (du 20 novembre 2019), il avait chiffré ladite capacité à 100%.

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; ATF 121 V 362 consid. 1b).

En l'occurrence, dès lors que l'éventuelle péjoration de la capacité de travail ressortant des rapports des Drs D_____ et E_____ serait survenue après le prononcé de la décision litigieuse, il incombera à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur le droit éventuel à une rente postérieurement au 25 juin 2021, après avoir complété l'instruction s'il le juge nécessaire.

20. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La décision attaquée sera réformée, en ce sens que la recourante a droit à un trois-quarts de rente d'invalidité du 1er février au 30 juin 2020, puis à une demi-rente d'invalidité (et non à un quart de rente) du 1er au 31 juillet 2020, la rente étant ensuite supprimée.

21. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- sera mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

***

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision du 25 juin 2021, en ce sens que la recourante a droit à un trois-quarts de rente d'invalidité du 1er février au 30 juin 2020, puis à une demi-rente d'invalidité (et non à un quart de rente) du 1er au 31 juillet 2020. Dès le 1er août 2020, la recourante n'a plus droit à une rente d'invalidité.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Diana ZIERI	Blaise PAGAN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le