RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2769/2020 **ATAS/190/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 mars 2022

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à THÔNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Stéphane CECCONI	recourante

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1963, mère de deux enfants nés en 1986 et 1988, a travaillé en qualité d'aide-hospitalière aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) à plein temps dès 1985, puis à 75 % dès 1997.

B. **a.** Le 29 janvier 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une hernie discale.

b. Après avoir recueilli différents rapports médicaux, le docteur B_____, médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu que si l'activité d'aide-soignante n'était plus exigible, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'effort avec le dos ni mouvement en porte-à-faux, pas de position debout statique prolongée, possibilité de changer de position, pas de port de charges de plus de 10 kg) était possible.

c. Une expertise psychiatrique a été établie par le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, le 12 septembre 2008. Ce médecin a posé les diagnostics selon le DSM-IV d'état dépressif majeur léger ou dysthymie, de trouble douloureux, de non ou mauvaise observance au traitement, de personnalité de type dépendant et de probable conflit professionnel, absence de qualification professionnelle, problèmes linguistiques, autres (?). D'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail était de 80 à 100 % depuis toujours. Des facteurs sortant du champ médical, tels le faible niveau socio-culturel et l'absence de qualifications, expliquaient le surinvestissement d'un statut de malade, voire d'invalide. Les limitations fonctionnelles au plan psychique et mental étaient des légères variations de l'humeur, parfois un manque de motivation, et des douleurs diverses, surtout à prédominance lombaire. Le pronostic d'un point de vue médico-théorique était bon, mais il était peu probable que l'assurée entreprenne des démarches pour retrouver un poste de travail. Des mesures de réinsertion professionnelle paraissaient vouées à l'échec dans ce contexte, bien que l'assurée fût capable de s'adapter à son environnement professionnel si elle en avait la motivation.

d. Par décision du 31 mars 2009, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée, au vu du degré d'invalidité de 39 %, calculé sur la base d'un statut mixte avec une part professionnelle et une part ménagère respectivement pondérées à 75 % et 25 %. La perte de gain était de 45 %, compte tenu d'un abattement de 15 %, et l'empêchement dans la sphère ménagère de 20.20 %.

C. **a.** Le 19 avril 2011, l'assurée, par son avocat, a requis la révision de son droit aux prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une aggravation de son état de santé psychique.

b. Dans un rapport du 2 septembre 2011, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33), avec un état anxieux persistant et parfois aigu. L'incapacité de travail était totale dans l'ancienne profession depuis le 25 août 2006. Les limitations fonctionnelles étaient une fatigue, une irritabilité, une absence d'élan vital et des problèmes de concentration.

c. L'OAI a octroyé à l'assurée un stage auprès de l'Entreprise sociale E_____ du 19 mars au 15 juin 2012, qu'elle a suivi à 50 % durant vingt-trois jours. Dans le rapport du 26 juin 2012, l'Entreprise sociale E_____, soulignant la motivation de l'assurée, a conclu que la stabilisation de son état de santé était indispensable avant la mise en place de toute autre mesure. En effet, les douleurs physiques et la tendance à l'isolement étaient significatives.

d. Dans son rapport du 7 août 2012, la Dresse D_____ a signalé une aggravation avec une augmentation du stress et des angoisses de l'assurée lors du stage.

e. L'OAI a confié un examen rhumatologique et psychiatrique aux docteurs F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et G_____, spécialiste FMH en psychiatrie, médecins au SMR. Dans leur rapport du 4 mars 2013, ils ont posé les diagnostics avec répercussions durables sur la capacité de travail de lombo-sciatalgies bilatérales et cervico-brachialgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après cure de hernie discale L4-L5, récidive d'une petite hernie L4-L5 gauche intra-ligamentaire, et de périarthrite scapulo-humérale droite avec notion échographique de déchirure transfixiante du sus-épineux droit (M 54, M 75). Elle présentait, sans incidence sur sa capacité de travail, un discret status variqueux des membres inférieurs, des troubles statiques modérés des pieds, un status après réduction mammaire, un status après deux césariennes, une dysthymie (F 34.1) et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Les limitations fonctionnelles consistaient en l'alternance deux fois par heure de la position assise à debout, l'exclusion du port régulier de charges de plus de 5 kg, du travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, de l'exposition à des vibrations, de l'élévation et abduction de l'épaule droite à plus de 60°. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était complète depuis toujours.

f. Dans un avis du 12 mars 2013, la doctoresse H_____, médecin au SMR, s'est ralliée aux conclusions et aux limitations fonctionnelles décrites dans l'expertise. La capacité de travail était complète dans une activité adaptée depuis août 2006.

g. L'assurée a suivi un entraînement au travail chez l'Entreprise sociale E_____ du 10 juin 2013 au 23 janvier 2014, date dès laquelle elle a été en arrêt de travail. Dans leur rapport du 12 mars 2014, les maîtres de réadaptation ont conclu que les objectifs de consolidation du taux d'activité de 50 % et du rendement en temps sur la durée n'avaient pu être atteints. Au cours de cette mesure, l'état de santé de l'assurée s'était dégradé significativement.

h. Le 28 février 2014, l'OAI a mis un terme au mandat de réadaptation, au vu de l'impossibilité de mettre en valeur une capacité de travail pleine dans une activité adaptée pour l'assurée.

i. Selon le rapport du 2 février 2015 du docteur I_____, médecin au service de chirurgie orthopédique des HUG, l'assurée présentait une pseudarthrose cunéométatarsienne gauche, opérée le 22 janvier 2015. L'incapacité de travail était totale depuis cette date.

j. L'assurée a été hospitalisée du 29 janvier au 4 février 2015 au service de psychiatrie des HUG dans un contexte d'idées de mort. Les médecins ont retenu un diagnostic de trouble dépressif récurrent en péjoration dans un contexte de divorce, de perte d'emploi et de logement.

k. Dans un rapport du 22 mai 2015, le docteur J_____, médecin traitant, a signalé une aggravation de l'état de l'assurée, qui présentait en sus des diagnostics déjà connus des douleurs du pied gauche après cure de pseudarthrose en janvier 2015. Depuis 2006, son incapacité de travail était totale. Depuis avril 2015, elle présentait une thymie dépressive avec épuisement psychique et physique dans le contexte d'une grande précarité sociale et financière.

l. Les docteurs K_____ et L_____, dans un rapport du 14 août 2015, ont fait état d'une hospitalisation à la clinique Belle-Idée du 19 au 26 mai 2015 à la suite d'une scarification de l'avant-bras. Les diagnostics étaient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, et des traits de personnalité émotionnellement labile, type borderline.

m. Le 5 août 2016, l'assurée a subi une spondylodèse L4-L5, pratiquée par le docteur M_____, médecin au service de chirurgie orthopédique des HUG, en raison d'une lombosciatalgie gauche très invalidante sur récidive de hernie discale.

n. Le docteur N_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a réalisé une expertise à la demande de l'OAI. Dans son rapport du 8 octobre 2016, il a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), un trouble de l'humeur persistant (F 34.8) et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0). La situation de l'assurée était socialement catastrophique. Néanmoins, le tableau clinique n'était pas alarmant, bien que l'humeur fût abaissée dans la situation de désinsertion. Il existait cependant une discordance nette entre l'ampleur des plaintes et les constats objectifs. Son examen était superposable à ceux des Drs C_____ et G_____, et il n'y avait aucune aggravation notable au cours du temps. Au plan psychique, les limitations fonctionnelles étaient quasiment inexistantes, les douleurs étant toujours alléguées comme facteur limitant les activités possibles. La capacité de travail était entière au plan psychique. L'assurée ne présentait pas de troubles psychiques majeurs qui l'empêcheraient de mobiliser ses ressources et entameraient de manière notable sa motivation.

o. Dans un avis du 10 janvier 2017, la doctoresse O_____, médecin au SMR, a considéré que les deux interventions orthopédiques n'entraînaient pas d'incapacité de travail durable dans une activité adaptée. L'atteinte du pied gauche causait des limitations fonctionnelles transitoires en lien avec la marche prolongée ou en terrain irrégulier, contre-indiquée de mai 2014, date à laquelle une cure de hallux valgus avait eu lieu, jusqu'au 8 mars 2016 (soit six semaines de consolidation osseuse après la cure de pseudarthrose). Les limitations fonctionnelles du dos avaient déjà été prises en compte dans les conclusions du SMR du 12 mars 2013, qui restaient valables. Au plan psychique, le Dr N_____ attestait une capacité de travail entière dans toute activité. Aucun élément médical nouveau ne justifiait ainsi d'incapacité de travail durable.

p. Dans un rapport du 14 mars 2017, la doctoresse P_____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1) ; d'anxiété généralisée (F 41.1) et de trouble de la personnalité, personnalité dépendante (F 60.7).

q. L'OAI a confié une expertise au docteur Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 31 août 2017, il a posé les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de lombalgies bilatérales, de sciatalgies gauches en nette amélioration depuis la dernière intervention chirurgicale, de déchirure transfixiante du sus-épineux de l'épaule droite, et de hallux valgus gauche évolué. Les diagnostics sans influence sur la capacité de travail étaient un hallux valgus droit et des cervicalgies en rapport avec des troubles dégénératifs du rachis cervical. Ses conclusions s'agissant de l'épaule droite et du rachis étaient similaires à celles prises par le Dr F_____. Une nouvelle intervention au pied gauche devait prochainement avoir lieu, justifiée compte tenu de la déformation mise en évidence, qui avait des répercussions sur la marche. Sur le plan professionnel, l'ancienne activité d'aide-hospitalière n'était plus exigible. Sans attendre la nouvelle opération, une activité était exigible à temps complet sans baisse de rendement. Elle devait être réalisée à la guise de l'assurée en position assise et debout, avec une limitation du port de charges à 5 kg, sans travail avec la nuque en hyperflexion prolongée, sans port répété au-delà de l'horizontale et sans mouvement répété de l'épaule droite, avec une limitation des déplacements à 1 km pendant la journée de travail, sans déplacement répété dans des escaliers, sans devoir monter sur une échelle, sans devoir s'agenouiller.

Le Dr Q_____, interpellé par le SMR sur l'absence de baisse de rendement retenue et de description de l'évolution de l'incapacité de travail pour l'atteinte du rachis et du pied gauche, a par la suite complété son rapport en décembre 2017, en retenant que la spondylodèse pratiquée en août 2016 entraînait une incapacité de travail théorique de six mois, soit jusqu'au 11 février 2017, dans une activité adaptée. L'incapacité de travail liée à l'atteinte au pied gauche, au vu d'une complication de l'intervention correctrice de l'hallux valgus de mai 2014, d'une

nouvelle opération en 2015 et de la persistance de douleurs jusqu'au 12 septembre 2016, s'était poursuivie jusqu'au 12 janvier 2017. Il était probable qu'une reprise de travail n'ait pas été pas envisageable entre mai 2014 et le 12 janvier 2017.

r. Une enquête ménagère réalisée le 28 août 2018 a retenu un empêchement de 26 % dans les activités ménagères, pondéré à 3 % compte tenu de l'aide de la fille de l'assurée. Le calcul d'invalidité réalisé par l'OAI le 29 août 2018 a abouti à un degré d'invalidité de 32 %.

s. Par décision du 20 novembre 2018, l'OAI a reconnu à l'assurée une rente entière de mai 2015 à avril 2017. Dès cette date, le taux d'invalidité de 32 % n'ouvrait plus le droit à une rente.

D. **a.** L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'assurance-invalidité le 20 mai 2019, invoquant une hernie discale et différentes interventions au pied.

b. Le 16 juillet 2019, l'assurée a transmis à l'OAI les documents suivants :

- compte-rendu opératoire du 11 janvier 2019 du service de chirurgie orthopédique des HUG, où le docteur R_____ avait pratiqué la veille une ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'arthrodèse métatarsophalangienne, une ostéotomie proximale d'élévation de 1er métatarse et de flexion, et une ostéotomie de flexion plantaire de phalange du hallux ;
- notes de suite du 16 avril 2019 du Dr R_____, mentionnant une durée prévisible du traitement d'un an et des douleurs résiduelles prévisibles ;
- certificat du 29 août 2019 du docteur S_____, spécialiste en médecine interne, indiquant suivre l'assurée pour une hyperkératose plantaire et interdigitale du côté gauche des premier et deuxième arcs, susceptibles de se fissurer et d'entraîner des infections.

c. Dans un avis du 30 septembre 2019, le docteur T_____, médecin au SMR, a retenu que les suites de l'intervention avaient été simples. L'hyperkératose ne justifiait pas d'incapacité de travail durable, et il n'y avait ainsi pas d'aggravation démontrée.

d. Le 9 octobre 2019, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision refusant d'entrer en matière sur sa nouvelle demande.

e. Dans ses notes de suite du 11 octobre 2019, le Dr R_____ a retenu que l'état n'était pas stabilisé. Le traitement consistait en chauffage confortable et physiothérapie et devrait durer dix-huit mois.

f. Dans un rapport du 6 novembre 2019, la doctoresse U_____, médecin au service de chirurgie des HUG, a décrit une évolution plutôt stagnante avec des douleurs constantes au niveau du 1er rayon, une zone d'hyperkératose sous le premier métatarsien et des métatarsalgies associées.

g. L'assurée a contesté le projet de décision le 11 novembre 2019, évoquant des problèmes d'équilibre et des douleurs, ainsi que des difficultés psychologiques.

h. Dans un rapport du 22 novembre 2019, le Dr R_____ a indiqué que l'assurée avait subi plusieurs interventions au pied gauche. L'évolution était stagnante avec une symptomatologie douloureuse et invalidante à l'appui. Au vu de l'état clinique et dans l'idée d'une éventuelle reconversion de l'assurée, il proposait d'éviter des activités avec des positions debout prolongées ou des ports de charges. L'assurée devrait être orientée dans une activité sédentaire assise avec la possibilité de pauses fréquentes. À ce stade, il était difficile d'envisager une activité à temps complet, et il faudrait éventuellement considérer une activité à temps partiel en fonction de l'évolution.

i. Le Dr T_____ a considéré qu'une aggravation était rendue plausible dans son avis du 5 décembre 2019.

j. Le docteur V_____, médecin au service de chirurgie orthopédique des HUG, a signalé dans son rapport du 23 décembre 2019 des douleurs persistantes. Une activité principalement assise serait envisageable avec une reprise à temps partiel, à réévaluer. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle.

k. Dans un rapport du 22 janvier 2020, les Dresses D_____ et W_____ ont posé les diagnostics de trouble mixte de la personnalité (F 61), de type évitante et dépendante, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F 33.0) et de trouble de l'adaptation, avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (F 43.23).

l. Le 27 avril 2020, la doctoresse X_____, médecin au service de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué que les seules limitations orthopédiques de l'assurée concernaient son pied gauche. Elle disposait d'une capacité de travail dans une activité respectant cette limitation.

m. Dans un avis du 14 mars 2020, le Dr T_____ a considéré au vu de la bonne évolution post-opératoire que les conclusions du SMR du 11 avril 2018 restaient valables. La capacité de travail était pleine dans toutes les activités respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du dos, du pied gauche et de l'épaule droite, hormis de janvier 2019 à janvier 2020 pour les suites opératoires.

n. À la même date, l'OAI a rendu un nouveau projet de décision, retenant que la capacité de travail de l'assurée ne s'était pas modifiée depuis janvier 2017.

o. Le 20 mai 2020, le Dr V_____ a signalé la persistance de douleurs importantes. Des restrictions psychiques étaient certainement impliquées. Une reprise d'activité adaptée progressive serait à favoriser.

p. Le 22 juin 2020, l'assurée a contesté disposer d'une pleine capacité de travail au plan orthopédique. Une nouvelle enquête ménagère était nécessaire afin de déterminer ses empêchements dans la sphère privée. Au plan psychiatrique, une aggravation était signalée par la Dresse D_____ depuis l'expertise du

Dr N_____. Elle était âgée de 57 ans et il était difficile de lui demander de mettre à profit une capacité de travail résiduelle.

q. Par décision du 22 juillet 2020, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, retenant une capacité de travail inchangée depuis janvier 2017. Une nouvelle enquête ménagère était superflue.

E. **a.** L'assurée a interjeté recours contre la décision de l'intimé le 14 septembre 2020. Elle a conclu, sous suite de dépens, à son annulation, à l'octroi d'une rente entière et subsidiairement au renvoi à l'intimé pour instruction complémentaire. Elle a reproché à l'intimé de n'avoir diligenté aucun acte d'instruction en lien avec l'opération qu'elle avait subie au pied gauche, ne serait-ce que pour déterminer une éventuelle augmentation progressive de sa capacité de travail. Par célérité, il convenait de faire droit à sa conclusion principale, mais elle se tenait à disposition pour une éventuelle expertise judiciaire.

b. Dans sa réponse du 12 octobre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le dossier était suffisamment instruit. Au plan somatique, la Dresse X_____ avait retenu qu'une activité adaptée était possible. Au plan psychique, les Dresses D_____ et W_____ ne faisaient pas état d'éléments parlant en faveur d'une aggravation de l'état de santé depuis la dernière expertise psychiatrique d'octobre 2016. En effet, elles retenaient une capacité de travail nulle depuis 2007, ce qui revenait à une appréciation différente d'un même état de fait. Partant, l'instruction n'avait révélé aucune aggravation depuis la dernière décision entrée en force. La capacité de travail de la recourante restait entière dans une activité adaptée.

c. Par réplique du 5 novembre 2020, la recourante a persisté dans ses conclusions. Les nouveaux diagnostics psychiques attestaient une aggravation et n'avaient pas été examinés. Le Dr N_____ avait retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant sans examen des nouveaux critères jurisprudentiels. En ce qui concernait les affections orthopédiques, il n'y avait à l'évidence pas de consensus des spécialistes quant à leur impact sur sa capacité de gain, même si une majorité d'entre eux attestaient une incapacité partielle ou complète.

d. Dans sa duplique du 25 novembre 2020, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

e. Le 13 janvier 2021, la recourante, persistant dans ses conclusions, a remis à la chambre de céans un rapport du Dr R_____ du 22 décembre 2020, aux termes duquel les douleurs s'étaient stabilisées, avec un pied globalement douloureux et une symptomatologie douloureuse pesant lourdement sur l'état général de la recourante, qui décrivait une nouvelle symptomalogie au niveau de la deuxième articulation carpo-métatarisenne, avec des douleurs accompagnées d'une tuméfaction dans cette région. Au niveau de l'avant-pied, l'appui était globalement plus équilibré mais restait très douloureux, avec des métatarsalgies. On observait un équin gastrocnémien qui pourrait participer à la symptomatologie douloureuse

et une arthrose au niveau de la deuxième articulation carpo-métatarsienne, aggravée depuis 2013, avec des signes d'irrégularité de plus en plus importants. Cette situation pouvait expliquer les douleurs et un scanner était préconisé, avant une éventuelle infiltration.

f. L'intimé s'est déterminé le 3 février 2021 en persistant dans ses conclusions. Il s'est rallié à l'avis du 2 février 2021 du SMR, qui sous la plume de la doctoresse Y_____ relevait que malgré l'arthrose, la recourante se déplaçait de manière indépendante sans cannes. Cette atteinte était compatible avec une activité adaptée aux limitations fonctionnelles déjà décrites.

g. Le 22 mars 2021, la recourante a produit une attestation de la clinique La Colline faisant état d'une demande de prise en charge pour des lombalgies chroniques post-opératoires avec des douleurs chroniques invalidantes.

h. Dans une écriture du 31 mai 2021, la recourante a persisté dans ses conclusions en exposant qu'elle devrait prochainement être opérée de l'épaule droite. Elle a joint un rapport du docteur Z_____, médecin au service de chirurgie des HUG, du 19 mai 2021, concluant à une rupture transfixiante du sus-épineux et de la partie haute de l'infra-épineux avec une rétraction de stade 2 selon Patte. Il y avait également une subluxation antérieure du long chef du biceps. Une arthroscopie pour suture du sus-épineux, ténodèse du long chef du biceps, acromioplastie et résection du centimètre externe de clavicule était indiquée.

i. La recourante a par la suite transmis à la chambre de céans le compte-rendu de l'arthroscopie pratiquée le 7 septembre 2021.

j. Le 29 septembre 2021, l'intimé a persisté dans ses conclusions au vu de l'avis du SMR établi la veille. Dans ce document, la Dresse Y_____ a rappelé que des limitations fonctionnelles avaient déjà été admises en lien avec l'atteinte à l'épaule, dont le Dr Z_____ n'avait pas décrit les répercussions sur la capacité de travail, si bien qu'aucun argument médical ne permettait de retenir une aggravation antérieure à l'avis du SMR du 14 mai 2020 et à la décision attaquée. On pouvait habituellement attendre une incapacité de travail totale de trois à six mois après une telle opération.

k. La recourante s'est déterminée le 20 octobre 2021 en persistant dans ses conclusions. Elle a souligné ses souffrances et derechef fait grief à l'intimé de ne pas avoir instruit suffisamment son dossier. Elle a sollicité son audition et celles des Drs W_____ ou D_____, Z_____ et R_____.

l. Le 10 novembre 2021, l'intimé a maintenu ses conclusions, en soutenant que l'audition de la recourante et de ses médecins était superflue.

m. Copie de cette écriture a été transmise à la recourante le 15 novembre 2021.

n. Sur ce, 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 modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Dans la mesure où le présent recours était pendant à cette date, il est soumis à l'ancien droit (art. 82*a* LPGA a contrario).

Quant aux modifications de la LAI du 19 juin 2020, entrées en vigueur le 1er janvier 2022, elles ne sont pas non plus applicables. En effet, en cas de changement de règles de droit, la législation applicable est en principe celle qui était en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Les dispositions légales seront ainsi citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 janvier 2020, respectivement jusqu'au 31 janvier 2021 s'agissant de la LAI.

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et art. 56ss LPGA), le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le point de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé dans une mesure ouvrant le droit aux prestations d'invalidité depuis la dernière décision entrée en force de l'intimé.

Dans ce cadre, il convient de rappeler que le juge examine la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision administrative litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1).

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 et art. 28 al. 2 LAI).

6. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021 dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.

7. La loi prévoit différentes méthodes pour évaluer l'invalidité d'un assuré en fonction du statut de ce dernier.

7.1 Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il s'agit d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28*a* al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pourcent (ATF 114 V 310 consid. 3a) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 4). L'art. 16 LPGA prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1).

7.2 Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28*a* al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA). L'art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) dispose que par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches. S'agissant du degré d'invalidité dans la sphère ménagère, 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 (ATF 128 V 93 consid. 4). Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur

le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. Toutefois, en présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_925/2013 du 1er avril 2014 consid. 2.2).

7.3 Afin de déterminer la méthode applicable à un cas particulier, il faut selon la jurisprudence non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce qu'il aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid. 3.3). Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que 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. 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 (ATF 137 V 334 consid. 3 et les références). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assuré, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2).

8. S'agissant de l'adaptation du droit aux prestations, la chambre de céans rappelle ce qui suit.

8.1 Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, 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 propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 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). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière

décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (arrêts du Tribunal fédéral 9C_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1 et 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (arrêt du Tribunal fédéral 9C_860/2015 du 1er juin 2016 consid. 4.3). De nouvelles constatations médicales ne sont déterminantes que pour autant qu'elles entraînent des modifications de l'état de santé. C'est également le cas lorsqu'un diagnostic ne s'est pas modifié, mais que l'intensité de l'atteinte ou ses répercussions sur la capacité de travail se sont modifiées (arrêt du Tribunal fédéral 9C_261/2009 du 11 mai 2009 consid. 1.2). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

8.2 L'art. 17 LPGA s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif (arrêt du Tribunal fédéral 9C_244/2020 du 5 janvier 2021 consid. 4.3.1). Les conditions de la révision au sens de l'art. 17 LPGA s'appliquent également par analogie dans le cas où la personne assurée présente une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité après qu'une demande antérieure a été rejetée (Margit MOSER-SZELESS *in* Commentaire romand LPGA, 2018, n. 10 ad art. 17 LPGA). Lorsque la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans, il y a lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_178/2014 du 29 juillet 2014 consid. 7.1.2.2 et les références). Dans ces deux situations, l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité doit, avant de réduire ou de supprimer la rente d'invalidité, examiner et prendre les mesures nécessaires à la réintégration de la personne assurée dans le circuit économique, sous réserve de la réalisation des conditions matérielles du droit à la prestation de réadaptation et de la collaboration de l'intéressé (MOSER-SZELESS, *eod. loc.*, n. 31 ad art. 17 LPGA)

8.3 Une décision sur une rente est une décision assortie d'effets durables (*Dauerverfügung*), qui se fonde sur un état de fait susceptible de se modifier et qui déploie des effets pour le futur. Elle octroie des prestations durables – pendant une période déterminée à l'avance – sur la base d'une procédure d'instruction initiale. La force de chose jugée d'une telle décision s'étend uniquement aux conditions d'octroi et de détermination de la prestation allouée au moment où ladite décision

a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 8C_842/2016 du 18 mai 2017 consid. 5.1.1). Ces conditions ne peuvent ainsi pas être remises en question et réexaminées lors de chaque nouvelle période de perception, à moins que la loi ne le prévoie expressément – comme c'est le cas en matière de prestations complémentaires –, sous réserve d'une révision procédurale ou d'une reconsidération en vertu de l'art. 53 al. 2 et 3 LPGA. Cela vaut également dans le cadre d'une révision d'une prestation durable pour le futur, lors de laquelle il ne se justifie pas de revenir sur les conditions initiales d'octroi liées à des états de fait limités dans le temps. Tel n'est cependant pas le cas lorsque survient un nouveau cas d'assurance ou lorsqu'une nouvelle atteinte à la santé conduit à une modification du degré d'invalidité (ATF 136 V 369 consid. 3.1.1). Lorsqu'il existe un motif de révision, le droit à la rente doit être examiné sous tous ses aspects, sans que l'autorité ne soit liée par des évaluations antérieures (ATF 141 V 9 consid. 2.3). Il n'est pas nécessaire que ce soit l'élément de fait qui s'est modifié qui conduise à fixer différemment le droit à la rente. Il suffit qu'à la suite de la modification d'une circonstance, un autre élément déterminant résultant de l'examen complet du droit à la prestation entraîne une augmentation, une diminution ou une suppression de la rente (MOSER-SZELESS, *op. cit.*, n. 27 ad art. 17 LPGA). Les états de fait entièrement terminés fondant la décision initiale (*statische Begrüdungselemente*) qui sont soutraits à un nouvel examen en raison de la force de chose jugée de la décision précédente comprennent notamment les paramètres de calcul de la rente, la réduction des prestations en raison d'une faute, ou l'existence d'une couverture d'assurance. Parmi les motifs d'une décision de rente entrée en force qui peuvent faire l'objet d'une nouvelle appréciation (*dynamische Begründungselemente*), on peut citer l'état de santé et la capacité de travail (Thomas FLÜCKIGER *in* Commentaire bâlois, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, nn. 56-57 ad art. 18 LPGA).

9.

9.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

9.2 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 convient 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 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). 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).

9.3 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

9.4 S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

9.5 Le Tribunal fédéral a récemment établi une nouvelle procédure pour déterminer la capacité de travail réellement exigible dans les cas de syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques

assimilées, nécessitant désormais un établissement des faits structuré et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de l'assuré d'autre part. Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères ressortant de la jurisprudence rendue jusque-là, mais sur une grille d'analyse comportant des indicateurs rassemblant les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique, concernant les catégories du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Ces indicateurs sont les éléments pertinents pour le diagnostic et les symptômes, le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers, les comorbidités, les diagnostics de la personnalité et les ressources personnelles, le contexte social, le comportement de l'assuré, la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, et le poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

9.6 Notre Haute Cour a par la suite étendu cette jurisprudence à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique 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 du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (arrêt du Tribunal fédéral 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1). Il convient encore de préciser que même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais elle peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

10. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations, mais a considéré que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée ne s'était pas modifiée depuis avril 2017, date à laquelle le droit à la rente transitoire allouée par décision du 20 novembre 2019 avait pris fin.

10.1 Au plan orthopédique, on doit relever que l'expertise du Dr Q_____ du 31 août 2017, sur laquelle l'intimé se fonde pour admettre une capacité de travail complète dans une activité adaptée depuis janvier 2017, ne s'est même pas prononcée sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante, ni sur l'incidence des interventions au pied subies par la recourante. Le SMR a relevé cette carence dans son avis du 12 octobre 2017, s'étonnant par ailleurs de ce que l'expert ait écarté une baisse de rendement au vu des nombreuses limitations

fonctionnelles et des différents axes touchés. Ce n'est qu'après avoir été interrogé sur ce point que le Dr Q_____ a corrigé son précédent rapport, admettant une incapacité de travail totale entre mai 2014 et janvier 2017, tout en indiquant simultanément que l'intervention au dos entraînait une incapacité de travail théorique jusqu'en février 2017. Au vu de ses revirements et de ses contradictions, cette expertise suscite d'importants doutes quant à sa force probante, quand bien même la chambre de céans ne saurait revenir sur la décision entrée en force rendue sur sa base. En outre, depuis l'établissement de ce rapport, la recourante a subi une intervention au pied en janvier 2019. Le Dr T_____ s'est dans son premier avis du 30 septembre 2019 fondé sur l'absence de complications à la suite de ce geste chirurgical pour écarter une incapacité de travail durable de ce fait, avant d'indiquer dans un avis du 14 mars 2020 que la capacité de travail n'était pas pleine de janvier 2019 à janvier 2020 en raison des suites opératoires. Au vu de cet élément, il apparaît que la recourante pourrait avoir droit à des prestations d'invalidité, à tout le moins pour une période limitée. Or, l'intimé n'a pas tenu compte de l'avis de son service médical dans sa décision, sans exposer pour quels motifs il s'en écartait. On ajoutera que les Drs R_____ et V_____ s'accordent sur une reprise progressive du travail. L'intimé n'en a pas non plus tenu compte, se fondant pour l'essentiel sur l'avis isolé et pour le moins succinct de la Dresse X_____. De plus, si le Dr Q_____ avait bien retenu des limitations fonctionnelles en lien avec l'atteinte au pied, on ne peut écarter que ces limitations aient évolué en raison de la multiplication des interventions et du nouveau diagnostic de kératose. Une éventuelle baisse de rendement doit également être analysée au vu des éléments apparus depuis janvier 2017, le Dr R_____ ayant évoqué une reprise à temps partiel seulement et la nécessité de fréquentes pauses. Le SMR paraissait du reste considérer dans son avis du 12 octobre 2017 que la multiplicité des atteintes et des limitations fonctionnelles pourrait entraîner une telle diminution.

10.2 Au plan psychique, les psychiatres traitants évaluent la capacité de travail à 0 % depuis 2007, alors que tous les experts qui se sont successivement prononcés sur ce point l'estiment complète depuis toujours. Cependant, les doctoresses W_____ et D_____ ont évoqué un nouveau diagnostic dans leur rapport du 22 janvier 2020. Le trouble de l'adaptation qu'elles évoquent n'a en effet jusqu'alors pas été retenu. Au vu de ce nouveau diagnostic, on ne peut ainsi se contenter d'écarter toute aggravation au motif que l'avis des médecins traitants ne relèverait que d'une appréciation différente d'un même état de fait. L'évolution de l'état de santé de la recourante au plan psychique fait du reste partie des éléments qui peuvent faire l'objet d'un nouvel examen lorsque l'autorité entre en matière sur une nouvelle demande, conformément aux principes rappelés ci-dessus. Il n'est du reste pas inutile de souligner que s'il n'est pas question de revenir sur les appréciations des précédents experts psychiatres, qui ont donné lieu à des décisions entrées en force, on s'étonne de ce que les Drs C_____, G_____ et N_____ soient parvenus à des conclusions aussi diamétralement opposées que

les psychiatres traitants, alors même que plusieurs intervenants ont souligné les apparentes difficultés psychologiques de la recourante. La conseillère en réadaptation de l'assurance-invalidité soulignait en effet sa détresse et un épuisement perceptible dans un compte-rendu du 22 août 2012, et les spécialistes de l'Entreprise sociale PRO ont également fait état d'une fragilité psychologique dans leur rapport du 26 juin 2012 et d'un épuisement moral dans leur rapport du 12 mai 2014, tout en soulignant la motivation de la recourante. Le Dr V_____ a également signalé la possibilité de l'incidence de troubles de cette nature dans son rapport du 20 mai 2020.

10.3 Compte tenu de ce qui précède, l'intimé n'a pas suffisamment instruit le dossier de la recourante aux plans orthopédique et psychique. Partant, il y a lieu de lui renvoyer la cause pour mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire, dans le respect des exigences jurisprudentielles en matière de droit d'être entendu (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9).

On précisera que dans ce cadre, il appartiendra également à l'intimé d'instruire l'incidence sur la capacité de gain de la recourante de l'arthrose de l'articulation carpométatarsienne et de l'équin gastrocnémien rapportés en décembre 2020 par le Dr R_____, et de l'arthroscopie de l'épaule en septembre 2021, quand bien même il s'agit là d'éléments postérieurs à la décision attaquée qui à eux seuls n'auraient pas justifié l'admission du recours.

Au vu de cette issue, il apparaît inutile à ce stade de procéder à l'audition de la recourante et de ses médecins traitants, par appréciation anticipée des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 9C_779/2020 du 7 mai 2021 consid. 5.2).

10.4 S'agissant du statut, la chambre de céans relève ce qui suit.

La recourante ne conteste pas le statut mixte avec une pondération de l'activité lucrative à 75 % retenu par l'intimé. Cependant, le juge applique le droit d'office (Jean METRAL *in* Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 74 ad. art. 61 LPGA), et il n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. d LPGA).

Or, il ressort du dossier que la recourante, pourtant mariée et mère de deux enfants alors très jeunes, a travaillé à 100 % de 1985 à 1997. Sa demande à son employeur du 19 mars 1997 pour réduire son taux de travail à 75 % était notamment motivée par une fatigue physique. Elle a également précisé, dans une écriture du 17 février 2009, que la diminution de son taux de travail avait eu lieu en raison d'une importante symptomatologie. Lors de l'entretien de réadaptation du 3 novembre 2011 avec l'intimé, elle a exposé que la fatigue induite par les maux de dos était une des raisons l'ayant conduite à demander une réduction de son temps de travail en 1997. Ces déclarations constantes ne sont contredites par aucun élément du dossier, et on doit souligner qu'elles ont été émises alors même que la recourante n'entendait pas en tirer de conclusions particulières, puisqu'elle n'a pas contesté le statut mixte qui lui était imputé. Certes, selon l'enquête ménagère d'août 2018,

la recourante aurait continué à travailler à 75 % sans atteinte à la santé. Cette indication ne suffit cependant pas en soi à retenir un statut mixte, mais révèle simplement que la fin de l'activité lucrative alors exercée à ce taux résultait des problèmes de santé rencontrés par la recourante.

Dans ces conditions, au vu de son divorce et de ses conséquences, notamment financières, et du fait que ses enfants sont désormais adultes, on peut s'interroger sur le taux d'activité de la recourante sans atteinte à la santé. Il appartiendra ainsi à l'intimé de reprendre l'examen de cette question. Cela fait, si le statut mixte est retenu, il y aura lieu de procéder à une nouvelle enquête ménagère, en tenant compte des spécificités en cas de troubles psychiques dans ce cadre. En effet, la dernière enquête remonte à août 2018. Or, les interventions et l'aggravation de l'atteinte au pied survenues depuis pourraient entraîner des difficultés accrues – les Dresses W_____ et D_____ signalaient notamment en janvier 2020 que la recourante ne pouvait pas passer l'aspirateur. De plus, l'empêchement pondéré de 3 % auquel avait conclu l'enquête en 2018 était fixé en tenant compte de l'aide de la fille de la recourante. Toutefois, celle-ci est elle-même en situation de handicap selon le rapport précité des psychiatres, la Dresse P_____ ayant fait état d'un diagnostic de schizophrénie en 2017. On ignore comment l'état de santé de la fille de la recourante a évolué depuis, et si son propre état de santé lui permet encore de soutenir sa mère dans l'accomplissement des tâches ménagères dans la mesure retenue par l'intimé en 2018.

10.5 Eu égard aux éléments qui précèdent, la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, qui devra également statuer, en cas d'octroi d'une rente transitoire, sur le droit aux mesures de réadaptation eu égard aux principes applicables aux assurés de plus de 55 ans rappelés ci-dessus.

11. Le recours est partiellement admis.

La recourante a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA).

La procédure en matière d'octroi de prestations d'invalidité n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé supporte l'émolument de procédure de CHF 200.-.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 22 juillet 2020.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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