RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1928/2020 **ATAS/1011/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 septembre 2021

3ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER	recourante
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, Service juridique, rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Claudiane CORTHAY et Michael BIOT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Madame A_____(ci-après : l'assurée), née en 1975, a travaillé en Suisse depuis 1999 en qualité d'auxiliaire de vie et d'employée de maison.

b. Le 16 novembre 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), en raison de troubles rachidiens présents depuis juin 2017.

c. Par décision du 22 mai 2019, l'OAI lui a nié le droit à toute prestation.

d. Saisie d'un recours contre cette décision, la Cour de céans l'a partiellement admis par arrêt du 15 août 2019, sur proposition de l'intimé qui, dans l'intervalle, avait reçu plusieurs rapports médicaux. La décision du 22 mai 2019 a donc été annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

B. a. Suite à cet arrêt, l'OAI a demandé une expertise à la doctoresse B_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, ainsi qu'en rhumatologie.

Dans son rapport du 25 février 2020, la Dresse B_____ a estimé que l'activité habituelle – comme employée de maison et dame de compagnie – n'était pas adaptée et que la capacité à l'exercer avait été nulle depuis le 4 octobre 2017 et de 50% probablement dès juin 2018 ; depuis le 1er juillet 2017, l'assurée aurait pu en revanche exercer à plein temps une activité adaptée, c'est-à-dire toute autre profession moins exigeante, n'impliquant ni maintien de la tête ou du tronc en porte-à-faux, ni mouvements répétitifs du membre supérieur droit en élévation ou en flexion/extension du rachis, ni travail en hauteur, ni marche sur terrain instable, ni port de charges supérieure à 5-10 kg.

b. Le 9 mars 2020, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) s'est rangé aux conclusions de l'experte.

c. Par décision du 2 juin 2020, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation.

Considérant que si l'activité habituelle n'était certes plus exigible depuis novembre 2017, l'assurée avait toutefois recouvré, depuis juillet 2017, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant strictement ses limitations fonctionnelles, l'OAI a procédé à une comparaison des gains en se basant sur les salaires statistiques (Enquête sur la structure des salaires [ESS], tableau TA1, pour une femme exerçant, tous les secteurs confondus, une activité de niveau 1) pour déterminer le revenu avec invalidité, auquel il a appliqué une réduction supplémentaire de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles. S'agissant du revenu sans invalidité, il s'est basé sur le salaire de l'assurée tel que ressortant de son dernier contrat de travail, soit 4'000.- CHF/mois pour un poste d'employée de maison. La comparaison conduisait à un taux d'invalidité nul.

C. a. Le 1er juillet 2020, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant principalement au renvoi de la cause à l'intimé pour mise en œuvre de mesures de reclassement professionnel ou toute autre mesure de réadaptation requise par son état de santé et à l'octroi d'une rente ordinaire ou partielle dès le 4 octobre 2017, en fonction de sa capacité de gain effective.

b. A l'appui de sa position, la recourante a produit les rapports établis en dates des 16 juillet 2018 et 17 juillet 2019 par son médecin traitant, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, lesquels figuraient déjà au dossier, ainsi que des décomptes de prestations de l'Hospice général. Selon les rapports du Dr C_____, la capacité de travail de sa patiente était nulle dans son activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée depuis janvier 2019.

Elle estime que les limitations fonctionnelles définies par l'experte ne lui permette pas d'exercer une activité adaptée sans, au préalable, avoir bénéficié de mesures d'ordre professionnel et demande que tant l'intimé que l'experte indiquent quelles sont les activités exigibles de sa part et quelles mesures de réadaptation sont nécessaires pour recouvrer sa capacité de gain.

c. Invité à se déterminer, l'intimé conclut au rejet du recours.

Il produit une note rédigée le 4 septembre 2020 par son service de réadaptation, qui considère que le marché du travail couvre un éventail suffisamment large d'activités simples et répétitives dont un nombre significatif sont adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante sans requérir de formation particulière. Il mentionne, à titre d'exemple, des tâches simples de surveillance, de vérification, de contrôle, des activités d'accueil ou dans un centre d'appel/démarchage téléphonique.

d. Interrogée par la Cour de céans, la Dresse B_____ a répondu qu'une activité à 50% dans la profession habituelle est exigible depuis juin 2018, sans restrictions particulières de mouvement – précisant que la limitation à 50% concerne uniquement le temps de travail et que, dans une autre activité un peu plus légère, permettant la position assise de temps en temps, la capacité de travail atteint100% ; aucune mesure de réadaptation n'est indiquée, simplement un reconditionnement physique.

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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était alors déjà pendant devant la Cour de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

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

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, sous la forme d'un reclassement.

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, mentale ou psychique 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. 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.

   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. 28a al. 1 LAI).

   Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références).

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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 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.

b. Ainsi, en principe, 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).

c. 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).

d. 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).

e. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

9. a. 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).

b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

c. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

10. a. En l'espèce, l'intimé nie le droit de l'assurée à toute prestation en se référant au rapport du SMR, lui-même fondé sur l'expertise de la Dresse B_____. Cette dernière arrive à la conclusion que la capacité de travail dans l'activité habituelle a été nulle à compter du 4 octobre 2017, puis de 50% dès janvier 2019, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

    b. La recourante, quant à elle, invoque l'avis de son médecin-traitant, lequel évalue sa capacité de travail dans une activité adaptée à 50% depuis janvier 2019. Elle fait également valoir qu'au vu des nombreuses et importantes limitations fonctionnelles retenues par la Dresse B_____, aucune activité adaptée ne peut être exigée d'elle sans une réadaptation professionnelle préalable.

11. a. Dans la mesure où l'appréciation du Dr C_____ diffère de celle de l'experte, il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise.

b. Il ressort en particulier de l'expertise les éléments suivants :

La recourante souffre de cervicalgies anamnestiques sur discopathies C5-C6 et C6-C7, avec pincements intersomatiques, au dernier niveau avec débord paramédian et préforaminal droit, entraînant un discret rétrécissement du trou de conjugaison (en accord avec l'irradiation C7 droite décrite par la recourante et non retrouvée au jour de l'examen clinique), de lombalgies, avec discopathie modérée L5-S1, avec pincement intersomatique, composante protrusive circonférentielle marquée au niveau foraminal et de déconditionnement musculaire global.

La recourante se plaint de cervicalgies, lombalgies et gonalgies, ainsi que de tremblements et de douleurs diffuses.

La Dresse B_____ a mis en évidence une discordance nette entre le niveau algique, les plaintes de la recourante et les données de l'examen physique.

A l'examen des cervicales, elle n'a constaté ni anomalie de courbure, ni restriction de mobilité ou de trouble de statique, ni pathologie décompensée ; au contraire, les amplitudes étaient plutôt supérieures à la norme. Ces constatations sont en discordance avec des douleurs de niveau 7 sur 10 alléguées par la recourante. L'experte estime plausible la présence d'une discrète mobilisation d'une des côtes à droite, mais incohérente l'irradiation aux membres supérieurs alléguée par la recourante le jour de l'examen, car la palpation de la zone n'engendre aucune douleur.

Concernant les lombalgies, l'assurée signale de faibles douleurs au niveau des lombaires basses, avec irradiation dans la fesse droite. Lors de l'examen physique, l'experte n'a toutefois retrouvé aucune contracture; lors de la palpation, la recourante lui a indiqué ressentir les douleurs au niveau L4-L5 gauche, ce qui contredisait ses premières déclarations.

La Dresse B_____ n'a retrouvé aucune anomalie non plus à l'examen du genou et n'a constaté ni tremblement significatif, ni déficit neurologique supérieur ou trouble de la démarche.

Quant aux douleurs diffuses pour lesquels un traitement de Lyrica et de Cymbalta a été appliqué, elles n'ont pas été retrouvées par l'experte à l'examen physique, malgré un contrôle de tous les points indiqués par le Dr C_____.

L'examen clinique n'a montré aucune trace objective d'une décompensation, ni au niveau cervical, ni au niveau lombaire, et la recherche d'un diagnostic de fibromyalgie s'est révélée négative.

Sur le plan social, l'experte a relevé que, depuis octobre 2017, la recourante vit séparée de son mari – placé en institution pour raisons psychiatriques –, qu'elle s'entend bien avec sa fille de 19 ans, qu'elle a emménagé dans un appartement plus grand que son précédent logement, qu'elle est contente et dispose d'un réseau d'amis, mais qu'elle se plaint d'une anxiété importante.

La recourante lui a expliqué vouloir travailler, mais souhaiter suivre auparavant une formation pour apprendre un métier plus léger, car elle n'est plus capable de faire le ménage, chez elle comme chez des tiers ; elle ignore en quoi pourrait consister cette nouvelle activité plus légère et ne sait comment s'y prendre pour en trouver une.

Sur le plan des limitations fonctionnelles d'origine ostéo-articulaire, la Dresse B_____ remarque un déconditionnement musculaire global, une discopathie large C6-C7 qui pourrait rentrer en contact avec la racine C7 et une discopathie L5-S1 large, rétrécissant les deux foramens.

Selon elle, les troubles dégénératifs que présente la recourante ne justifient plus ses plaintes désormais.

Après avoir analysé l'historique pharmaceutique, l'experte considère qu'il n'y a pas suffisamment d'arguments, notamment dans l'achat d'anti-inflammatoires ou d'antalgiques, pour dire que les douleurs sont d'origine physique, d'autant plus avec l'instauration à haute dose du traitement de Cymbalta et de Lyrica, dès novembre 2017. Dans la mesure où elle n'a pas retrouvé de fibromyalgie à l'examen clinique, elle envisage qu'à l'époque déjà, il ne s'agissait pas vraiment de fibromyalgie, mais plutôt de douleurs physiques liées à l'état psychologique.

c. Force est de constater que la Dresse B_____ a procédé à un examen complet de la recourante et s'est appuyée sur l'entier du dossier, des observations cliniques et un entretien approfondi, de sorte qu'on ne peut que constater que son expertise se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse fouillée a été réalisée et les plaintes de la recourante ont été prises en compte. L'experte a donné une appréciation détaillée et convaincante de l'état de santé et de la capacité de travail.

L'expertise respectant tous les réquisits prévus par la jurisprudence en matière de valeur probante, il convient d'en suivre les conclusions.

12. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, comme celle de la Dresse B_____, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

En l'espèce, la recourante se réfère aux rapports médicaux du Dr C_____.

Le premier rapport de ce médecin est daté du 16 juillet 2018 et se limite à certifier que sa patiente souffre de troubles rachidiens, nécessitant un travail adapté qui évite la position debout prolongée, les mouvements répétitifs des membres supérieurs, le port de charges répété et les déplacements.

Le second rapport, daté du 17 juillet 2019, a été établi à la demande de l'intimé. En substance, le Dr C_____ y expose brièvement le status médical, les diagnostics

retenus (cervicalgies, lombalgies et gonalgies), le traitement, les restrictions fonctionnelles et la capacité de travail, qu'il estime nulle dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée depuis janvier 2019.

Ces rapports sont antérieurs à l'expertise et ont été pris en compte par la Dresse B_____ lors de son examen.

Le premier rapport du médecin traitant ne diverge pas de l'expertise et le second ne permet pas de faire douter de l'appréciation de l'experte, puisque celle-ci s'en écarte en expliquant de manière claire et convaincante pour quelles raisons.

Quoi qu'il en soit, le Dr C_____ ne fait valoir aucun élément objectif qui aurait été ignoré, de sorte que son point de vue ne saurait prévaloir sur celui de l'experte.

Enfin, la recourante ne fait état d'aucun élément médical nouveau.

e. Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a suivi l'avis du SMR, qui s'est lui-même rallié aux conclusions de l'expertise réalisée par la Dresse B_____, et qu'il a ainsi conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

13. En ce qui concerne l'évaluation du degré d'invalidité, la recourante ne formule aucun grief et la décision litigieuse ne contient pas d'erreur manifeste qu'il conviendrait de corriger d'office.

14. Quant aux mesures d'ordre professionnel, elles sont exclues puisque, du point de vue économique, la recourante ne présente pas d'invalidité.

    En tout état de cause, selon la jurisprudence fédérale, le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

15. Partant, le recours est rejeté.

    Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il n'y a pas lieu de percevoir un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit qu'il n'est pas perçu d'émolument.
4. 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	La présidente
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

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