

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4900/2007

ATAS/1080/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 20 août 2009

En la cause

Madame C_____, domiciliée à Thônex, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître BAGNOUD Georges

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant; Maria GOMEZ et Luis ARIAS,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame C _____ (ci-après « l'assurée » ou « la recourante ») est née en 1956 et exerçait l'activité d'employée de maison.
2. Dans un courrier adressé au Dr L _____, médecin généraliste et médecin traitant de l'assurée, en date du 19 octobre 2004, le Service de neurochirurgie, sous la signature du Dr M _____, relève que l'assurée souffre depuis environ neuf ans d'une sciatique proximale à droite. Le Dr M _____ relève également que l'assurée souffre d'un état dépressif et note un syndrome vertébral lombaire modéré.
3. Suite à un examen du 14 mars 2005, le Dr M _____ relève que sa patiente souffre toujours de sa lombosciatique chronique L5 droite. La même constatation est faite lors d'un examen du 5 septembre 2005. Il est précisé que, après un nouvel IRM, cet examen montre toujours la protrusion circonférencielle L4-L5 prédominant du côté droit, sans évidence de compression radiculaire claire sous les coupes axiales et sur les conséquences myélographiques.
4. A la suite d'une consultation en novembre 2005, le Dr N _____, médecine interne FMH maladies rhumatismales, adresse un rapport, le 14 février 2006, à l'Hôpital cantonal de Genève (ci-après les HUG), et relève : « Il s'agit d'une patiente souffrant de petites sciatalgies de la fesse droite, à l'effort depuis plus de dix ans. Ces dernières années, elle a commencé à présenter des lombalgies et depuis l'année 2000, elle se plaint d'irradiations de la douleur dans tout le membre inférieur droit, ainsi que de cervico-brachialgies à droite. ». Ce médecin précise encore : « En février 2005, la patiente est hospitalisée en neurochirurgie à l'Hôpital cantonal pour une péjoration des douleurs dans les jambes, le traitement conservateur n'amènera pas d'amélioration significative. Un EMG pratiqué montre un syndrome irritatif L5 droite sans signe de dénervation. ».
5. Suite à des consultations ambulatoires les 21 mars et 3 avril 2006, le Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur a adressé, sous la signature du Prof. O _____, de la Dresse P _____, ainsi que du Dr Q _____, un rapport approfondi au Dr N _____. Il résulte de ce rapport que les douleurs se sont nettement aggravées en octobre 2004, à la suite d'une surcharge professionnelle où la patiente devait rester de longues heures en station debout. Le rapport précise qu'actuellement, les douleurs sont constantes, localisées au niveau lombaire avec irradiations dans les deux jambes, sous forme de décharges électriques, de sensations de piqûres, de chaleur, de brûlures, d'étirements, d'arrachements, d'engourdissements et de paresthésie. Au niveau de l'anamnèse psychosociale, ce rapport relève encore : « Actuellement, les douleurs l'empêchent d'envisager de reprendre son travail, qui est très astreignant, nécessitant de

fréquents déplacements sur trois étages. ». Il précise aussi l'existence d'une dépression légère.

6. Dans un rapport du 5 mai 2006 adressé au Dr Philippe L_____, la Dresse R_____ et le Dr S_____, du Département de médecine interne, service de rhumatologie des HUG, relèvent les diagnostics suivants : lombo-sciatalgie S1 bilatérale chronique non déficitaire depuis 1995 sur trouble dégénératif sans conflit radiculaire, migraine occasionnelle. Ces médecins précisent encore que l'évolution est très lentement favorable et conseillent à la patiente la poursuite d'un traitement physiothérapeutique à sec et en piscine.
7. A la suite d'une consultation, le 24 juillet 2006, la Dresse P_____, du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, relève que la patiente a noté un bénéfice de l'hospitalisation à Beau-Séjour, mais signale une recrudescence des douleurs depuis la reprise du travail à 50%.
8. Dans un rapport du 26 septembre 2006, la Dresse P_____ relève que depuis la dernière consultation, les douleurs lombaires sont restées superposables, avec toutefois un bénéfice de la prise de clonazépam (Rivotril), permettant à la patiente de ressentir moins de paresthésies au niveau des jambes. La patiente a noté l'apparition de douleurs au niveau des articulations des mains et des pieds, ainsi qu'un blocage de la hanche. La Dresse P_____ précise encore : « Nous avons également discuté de son travail, où elle a de la peine à gérer le stress lié d'une part aux conflits avec sa collègue, et lié d'autre part aux exigences de ses patrons. ».
9. Compte tenu de son état de santé, l'assurée a déposé le 11 octobre 2006 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI).
10. Interrogé par l'OCAI, le Dr N_____ mentionne le diagnostic de lombo-sciatalgies chroniques bilatérales depuis 2000 et une incapacité à 100% du 16 janvier 2006 au 14 mai 2006 et une incapacité de travail à 50% dès le 15 mai 2006. Le Dr N_____ précise encore, dans l'annexe au rapport médical, une diminution du rendement à 50%.
11. Interpellé en février 2007, le Dr N_____ informe que la situation de santé de l'assurée s'est aggravée depuis octobre 2006 et que le pronostic est mauvais. Il précise encore que la capacité de travail de sa patiente est de 0% dès le 1^{er} janvier 2007.
12. Poursuivant l'instruction, l'OCAI a fait procéder à un examen rhumatologique par l'intermédiaire du Service médical régional AI (SMR). Un examen rhumatologique est effectué, le 29 juin 2007, par le Dr T_____, médecine physique et rééducation FMH, rhumatologue FMH. Les diagnostics retenus sont : avec répercussion sur la capacité de travail : aucun ; sans répercussion sur la capacité de travail : lombalgies

chroniques, non déficitaires, dans un contexte de protrusion discale L4-5 et de troubles dégénératifs postérieurs L5-S1.

13. Dans le cadre de cet examen clinique, le Dr T_____ conclut : « Il existe une discordance majeure entre les allégations de l'assurée, son comportement algique et les constatations objectivables, à savoir une discopathie débutante en L4-5, des troubles dégénératifs postérieurs L5-S1. La corrélation entre la localisation des troubles dégénératifs visibles sur la radiographie et les douleurs décrites à la palpation est faible. Les douleurs bilatérales décrites par l'assurée ne sont pas cohérentes avec la protrusion L5-5 latéralisée à D. Les douleurs commencent à présent à diffuser également aux membres supérieurs, où l'on retrouve à la palpation des points douloureux aux insertions tendineuses, évoquant une composante de fibromyalgie. Cette particularité a déjà été mise en évidence le 21 septembre 2006 à la consultation de la Dresse P_____. En ce qui concerne d'éventuels troubles thymiques associés, l'assurée, lors de l'examen, n'avait pas d'état dépressif majeur, gardait de l'espoir, n'avait pas d'idées suicidaires. On retiendra également qu'il n'y a pas d'isolement social, que l'assurée a des ressources pour faire face à la situation, avec notamment une participation assidue à un réentraînement à l'effort au Kieser Training.

L'appréciation radio-clinique de la situation ne permet pas de retenir de limitations fonctionnelles d'épargne du rachis. La protrusion L4-5 est en outre déjà présente en 2002, alors que l'assurée travaillait à 100%. »

14. Suite à cet examen rhumatologique, le Dr T_____ conclut au fait que l'assurée a une capacité de travail à 100% dans une activité habituelle de gouvernante/femme de ménage, et également à 100% dans une activité adaptée, et ce depuis toujours.
15. Un projet de décision de l'OCAI a été adressé à l'assurée, qui y a répondu par courrier du 4 septembre 2007, en contestant son contenu et en maintenant son droit à des prestations de la part de cette assurance.
16. Irrité par le contenu du projet de décision, le Dr L_____, surpris par les considérations du Dr T_____, relève en particulier que le Dr N_____ et la Dresse P_____ et lui-même ont décrit une situation d'atteinte chronique à la santé et à la capacité de la patiente et que le projet de décision n'en tient pas compte. Il relève notamment que : « s'il n'y a pas de lésion radiologique, il n'y a pas de souffrance. Nous savons tous que ceci est faux. ».
17. Interpellé par le rapport du Dr L_____ du 24 septembre 2007, le Dr T_____ réplique que ce rapport n'apporte pas d'éléments médicaux, notamment modifiant l'appréciation du 29 juin 2007. Il n'y a pas non plus d'aggravation de l'état de santé. Il confirme en outre que sur le plan anamnestique, les informations transmises par l'assurée montrent une discordance entre ses plaintes et ses capacités en situation. Notamment, l'assurée est capable de faire la

grande partie de son ménage, comme décrit, elle est capable de s'entraîner deux fois par semaine au Kieser Training, avec amélioration de son endurance à l'effort au cours des semaines. Le Dr T_____ mentionne enfin : « Nous ne concluons pas que l'assurée dit faux concernant ses souffrances. Nous concluons que les plaintes avancées par l'assurée ne sont pas expliquées par une atteinte à la santé somatique suffisante pour justifier une incapacité de travail. ».

18. Le 12 novembre 2007, l'OCAI a notifié à l'assurée une décision de rejet de sa demande de prestations.
19. Par acte du 11 décembre 2007, l'assurée a recouru contre cette décision, en demandant l'annulation de la décision et l'octroi de prestations de l'AI pleines et entières.
20. Par acte du 4 mars 2008, la recourante a complété ses écritures. Elle précisait notamment, à cette occasion, qu'elle avait dû être hospitalisée en neurochirurgie à l'Hôpital cantonal au début 2005 pour une péjoration des douleurs dans les deux jambes. Devant la persistance des douleurs malgré ces nombreux traitements physiques et médicamenteux, en date du 4 avril 2006, les Drs P_____, Q_____, ET O_____, du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur, préconisent une nouvelle hospitalisation en rhumatologie pendant trois semaines, avec physiothérapie intensive et adaptation du traitement médicamenteux.
21. Poursuivant l'instruction de ce dossier, le Tribunal de céans a ordonné une comparution personnelle des parties et des enquêtes.
22. Il ressort de l'audience de comparution personnelle des parties du 25 septembre 2008 que la recourante confirme les conclusions de son recours et précise qu'elle souhaiterait évidemment travailler mais que les douleurs ressenties notamment aux jambes et au dos, ainsi que les maux de tête, l'empêchent d'envisager une reprise même partielle d'une activité professionnelle. A cette occasion, le conseil de la recourante insiste sur la très grande surprise du Dr L_____ lorsque le Dr T_____ dit : « Il existe une discordance majeure entre les allégations de l'assurée et les constatations objectivables. Cette remarque revient à dire que s'il n'y a pas de lésion radiologique, il n'y a pas de souffrance. ». En ce qui concerne une intervention chirurgicale, la recourante précise que, ayant consulté la Dresse U_____, cette dernière lui a proposé de faire une opération pour traiter les douleurs lombaires. Toutefois, la conclusion d'un deuxième avis médical fut que cette opération n'était pas opportune compte tenu notamment de son âge. La recourante précise enfin qu'elle ressent également des douleurs au niveau des articulations des mains et des pieds et un blocage de la hanche. Au sujet de la réflexion du conseil de la recourante, la représentante de l'OCAI précise que la décision de l'AI est basée sur l'ensemble des troubles constatés, et dans son rapport

du 1^{er} novembre 2007, le Dr T_____ ne met pas en doute les souffrances de la patiente, mais constate qu'il n'y a pas de lien entre ce qu'il voit et les souffrances.

23. Interpellée à la suite de l'audience de comparution personnelle, la Dresse V_____, spécialiste en assurances sociales, médecin-conseil du SMR, conclut au fait que la recourante et son conseil n'apportent pas d'élément nouveau en faveur d'une nouvelle atteinte ou d'une aggravation de l'état de santé. Il s'agit uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait, le médecin traitant étant empathique et mettant en avant la souffrance de sa patiente, alors que le médecin examinateur du SMR examine le dossier médical à disposition, les plaintes de l'assuré, le status et les examens cliniques et para-cliniques. L'appréciation neutre tient donc compte de la sévérité du trouble objectivé présenté par l'assuré, les limitations fonctionnelles qui en découlent et leur retentissement sur la capacité de travail.

24. Entendu en audience du 21 novembre 2008, le Dr. Pierre N_____, médecin rhumatologue qui soigne la recourante depuis le mois de novembre 2005, relève :

« Je confirme la mention de mon rapport du 8 novembre 2006 selon laquelle Mme C_____ était en incapacité de travail à 100% du 16 janvier 2006 au 14 mai 2006, puis à 50% dès le 15 mai 2006. Je précise que la reprise du travail à 50% était possible en raison notamment de l'aménagement du temps de travail préalablement convenu avec l'employeur. Ensuite, nous avons augmenté les doses médicamenteuses, notamment la morphine, et j'ai conclu à nouveau que Mme C_____ était en incapacité de travail à 100%, dès janvier 2007. Depuis lors, Mme C_____ est en incapacité de travail à 100%.

J'estime pour ma part que même dans une autre activité, Mme C_____ est en incapacité de travail à 100% en raison des difficultés de se tenir debout et de se déplacer, en plus des traitements lourds qu'elle prend. Ces traitements ne servent qu'à rendre la vie supportable, mais n'améliorent nullement la situation sur le plan médical. Il s'agit donc de mesures de soutien.

En ce qui concerne le diagnostic de dépression légère fait par les HUG, je relèverais, bien que ce ne soit pas ma spécialité, que, au début Mme C_____ était très motivée mais que par la suite, en raison notamment des échecs accumulés, un découragement, voire une déprime, s'est installé. Constatant qu'il s'agissait d'une dépression légère, j'ai prescrit un antidépresseur qu'elle a pris régulièrement. Du point de vue psychologique, Mme C_____ est actuellement dans un état stationnaire.

Mme C_____ se plaint depuis environ [les] huit derniers mois de douleurs articulaires. Elle souffre d'arthralgies. »

25. Auditionné au cours de l'audience du 21 novembre 2008, le Dr L_____, interniste et médecin traitant de la recourante depuis 1992, relève : « Au niveau médical, mes constatations consistent en des douleurs lombaires qui irradient dans les deux membres inférieurs. Chaque geste engendre une douleur, et ceci en permanence. Il n'y a à mon sens pas d'autre plainte significative. Le rapport médical que j'ai établi le 23 octobre 2006 mentionne des degrés d'incapacité de travail. Je relève que Mme C_____ a souhaité faire des essais de reprise du travail qui ne se sont pas en réalité révélés concluants. Des traitements ont été effectués pour permettre à Mme C_____ de retrouver une capacité normale de travail, toutefois je dois constater l'échec de ces traitements dans leur globalité malgré l'intervention de nombreux spécialistes. Au départ, nous n'avions en tout cas pas envisagé, sur le plan médical, une situation telle qu'elle s'est déroulée pour aboutir à une incapacité de travail et une demande d'AI.

J'estime, à ce jour, que Mme C_____ est en incapacité de travail à 100% dans son domaine d'activité. »

Interrogé sur une éventuelle reprise de travail dans un autre domaine d'activité, le Dr. L_____ précise : « En l'état, compte tenu de la prise importante de médicaments et du besoin de se reposer, je ne vois pas quelles seraient les possibilités d'une reprise de travail dans une autre activité que celle pratiquée précédemment. Je ne vois vraiment pas quel travail Mme C_____ pourrait effectuer en raison de son état de santé.

Je ne puis me prononcer sur des limitations d'activité, puisque cela supposerait que je considère qu'il y a une capacité de travail résiduelle, ce qui n'est pas mon avis. Je confirme que je considère que Mme C_____ est totalement incapable de travailler actuellement et pour une durée indéterminée.

Compte tenu des douleurs ressenties par Mme C_____, il y a quasi inévitablement un épuisement psychique. Mme C_____ prend des antidépresseurs qui servent également contre la douleur. Je ne l'ai pas en revanche adressée à un psychiatre pour des consultations. »

Lors de cette même audience, l'OCAI relève encore « Les mesures de réadaptation peuvent être diverses, notamment par des stages d'observation et des mesures d'aide au placement, mais pour cela il faut un certain [degré] d'invalidité reconnu. »

26. Invité par le Tribunal de céans à faire entendre le Dr T_____, l'OCAI relève que le SMR précise que la comparution personnelle du Dr T_____ n'amènera pas d'élément nouveau puisqu'il s'agit d'une confrontation d'une appréciation différente d'un même état de fait. Par contre, « nous pouvons toujours répondre à des questions précises émanant du Tribunal ». L'OCAI a refusé de faire entendre le Dr T_____.

27. Suite à l'audience du 21 novembre 2008, le Tribunal de céans a accordé un délai à l'OCAI afin de laisser à ce dernier la possibilité de soumettre les procès-verbaux des audience d'enquêtes au SMR et de faire part de sa détermination. Malgré une prolongation du délai à cet effet, l'OCAI n'a communiqué aucune détermination.
28. Sur quoi, le Tribunal a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA)
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 12 novembre 2007, de même que les faits à la base de la présente cause, sont postérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329), sans tenir compte des modifications intervenues dans le cadre de la 5^{ème} révision de la LAI entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008.

4. Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art.

52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

5. Il convient en l'occurrence de déterminer le droit aux prestations de la recourante, singulièrement à une rente d'invalidité.
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). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).
7. 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

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 275 consid. 4a) Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01)

8. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4^{ème} édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^{ème} édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).
10. En l'occurrence, il y a lieu de relever que sur le plan psychique, la recourante n'est pas suivie par un psychiatre mais se limite à prendre des antidépresseurs prescrits par le Dr. L_____, médecin interniste. Le diagnostic de dépression légère fait par les HUG et qualifié de découragement et de déprime par le Dr. N_____, médecin rhumatologue, ne saurait être considéré comme invalidant et justifier, à lui seul, un droit à une rente.
11. Au plan somatique, se trouvent au dossier des attestations des médecins traitants, des avis des médecins du SMR ainsi qu'un examen rhumatologique réalisé par la Dr. T_____, rhumatologue FMH, médecin officiant au SMR.
12. 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

13. Les avis médicaux des médecins traitants, les Drs L_____ et N_____ diffèrent des conclusions auxquelles aboutit le Dr. T_____. L'OCAI a, en effet, confié un mandat à un médecin du SMR, le Dr. T_____ qui a rendu son rapport sur la base d'un examen rhumatologique. Ce médecin a posé des anamnèses, a procédé à un examen clinique général, à un status clinique général, à un status neurologique et à un status ostéoarticulaire. Il a pris en considération les plaintes exprimées par la recourante, s'est livré à une appréciation circonstanciée, a répondu de manière claire aux questions qui étaient posées, notamment s'agissant des diagnostics et de la capacité de travail. Enfin, les conclusions sont motivées et dépourvues de contradiction. Partant cet examen rhumatologique répond à tous les réquisits pour lui attribuer pleine valeur probante. Ainsi, les conclusions claires et convaincantes du médecin du SMR seront suivies par le Tribunal de céans. Dès lors, il y a lieu de tenir pour établi que la recourante présente une capacité de travail dans l'activité habituelle de gouvernante - femme de ménage à 100%.

En revanche, les rapports médicaux des Drs. L_____ et N_____ n'offrent pas toutes les garanties qui viennent d'être évoquées. En particulier, ils n'apportent pas d'élément en faveur d'une nouvelle atteinte ou d'une aggravation de l'état de santé de la recourante qui puisse justifier une incapacité de travail.

14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration ou le juge sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, 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 (ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

En l'espèce, considérant la valeur probante du rapport d'examen rhumatologique du Dr. T_____ et les enquêtes ordonnées par le Tribunal de céans, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire qui d'ailleurs n'a pas été sollicitée par les parties.

15. Il convient enfin d'examiner si l'assurée peut prétendre à des mesures de réadaptation.

Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1^{er}). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a).

Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1^{er} LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé.

Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1^{er} LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre à des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). L'OCAI a d'ailleurs relevé à ce sujet la nécessité d'un degré d'invalidité reconnu.

Il sied de constater, en l'occurrence, que la recourante a une pleine capacité de travail et que de ce fait, elle n'a pas droit à des mesures de réadaptation.

16. Cela étant et pour autant que les affections relatées lors de l'audition du Dr. N_____ du 21 novembre 2008 (arthralgies notamment), voire d'autres, constituent une aggravation de son état de santé par rapport au moment déterminant de la décision dont est présentement recours, ce qu'il lui appartiendra de démontrer, il convient de rendre attentive la recourante au fait qu'il lui est loisible de déposer une nouvelle demande de prestations.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant**

A la forme :

1. Déclare le recours recevable

Au fond :

2. Le rejette
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante .
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); 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

Florence SCHMUTZ

Georges ZUFFEREY

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