

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/370/2009

ATAS/754/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 5**

**du 17 juin 2009**

En la cause

Madame H\_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître LUTZ Olivier

recourante

contre

intimé

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

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique  
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame H\_\_\_\_\_, née en 1961, est d'origine cubaine et arrivée en Suisse en 1998. Elle est mariée et mère de deux enfants nés en 1987 et 1991. Dans son pays d'origine, elle a acquis une formation de médecin, mais a travaillé à Genève, en dernier lieu, comme aide-soignante dans un établissement pour personnes âgées pour un salaire qui se serait élevé en 2005 à 50'096 fr. 40.
2. Le 2 octobre 2003, elle subit un accident, en tombant avec sa trottinette. Cet accident occasionne une forte contusion de l'épaule, ainsi que du pouce gauches, et entraîne une incapacité de travail totale. Le cas est pris en charge par l'assurance-accidents, la GENERALI ASSURANCES (ci-après : assurance-accidents).
3. Le 28 juillet 2004, l'assurée consulte le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans son rapport médical initial à l'assurance-accidents du 20 septembre 2004, ce médecin diagnostique un conflit sous-acromial gauche persistant et atteste une incapacité de travail de 50% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2004.
4. Le 11 novembre 2004, le Dr L\_\_\_\_\_ procède à une arthroscopie chirurgicale de l'épaule gauche de l'assurée. Cette opération entraîne une incapacité de travail à 100% dès la date de l'opération.
5. Selon le rapport médical du Dr L\_\_\_\_\_ du 4 février 2005, l'activité exercée jusqu'à maintenant n'est plus exigible. L'assurée pourrait toutefois travailler dans une autre activité physiquement peu astreignante au taux de 50 % au début.
6. Par demande reçue le 7 février 2005, l'assurée requiert des prestations de l'assurance-invalidité en vue d'un reclassement dans une nouvelle profession et/ou d'une rente.
7. Selon le rapport du 25 avril 2005 du Dr M\_\_\_\_\_, neurochirurgien, l'assurée présente des cervicalgies avec irradiations dans les épaules et des douleurs rachidiennes diffuses depuis l'accident d'octobre 2003. A compter de cet accident, elle a une incapacité de travail totale. L'état est stationnaire. La capacité de travail pourrait être améliorée par des mesures médicales, et des mesures professionnelles sont indiquées. La patiente a des difficultés à s'occuper des patients, notamment à les porter, à faire les lits, etc. L'activité exercée jusqu'à maintenant n'est ainsi plus exigible, mais une autre activité pourrait être exigée, par exemple dans la bureautique, l'informatique et le gardiennage, à raison de 4 à 6 heures par jour.
8. Dans son rapport d'expertise du 31 mai 2005, le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, émet les diagnostics suivants : luxation métacarpo-phalangienne du pouce gauche avec déchirure du ligament collatéral ulnaire, contusion de l'épaule gauche, conflit sous-acromial de l'épaule gauche, troubles

dégénératifs cervicaux et lombaires, hernie mixte discale et ostéophytaire C6-C7 gauche et scoliose dorso-lombaire. L'incapacité de travail est au moment de l'expertise encore totale. Seule la problématique du pouce gauche est dans un rapport de causalité avec l'accident, mais ne semble pas justifier une incapacité de travail dans la profession d'aide-soignante de l'assurée. Pour ce qui concerne les suites de l'accident, le Dr N\_\_\_\_\_ estime ainsi que la capacité de travail est de 100 % dans cette profession ou dans une autre activité professionnelle n'exigeant pas de mouvements répétés ou en force au niveau de la main gauche. Le degré d'atteinte à l'intégrité du pouce gauche est de 5 %.

9. Par décision du 14 juin 2005, l'assurance-accidents refuse toute prestation pour frais médicaux à partir du 1er janvier 2004 concernant l'affection de l'épaule gauche, en considérant que cette atteinte n'est dès cette date plus en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident survenu. Elle limite le paiement des indemnités journalières au 31 octobre 2004 au même motif. Quant aux lésions du pouce gauche, elles ne justifient plus une incapacité de travail.
10. Dans son rapport du 19 décembre 2005, le Dr O\_\_\_\_\_, neurologue, diagnostique un tunnel carpien bilatéral, prédominant à gauche. L'examen myographique effectué bilatéralement dans les myotomes C5-D1 n'a mis en évidence aucun signe positif d'atteinte neurogène.
11. Dans son avis médical du 18 janvier 2006, la Dresse P\_\_\_\_\_ du Service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance invalidité (ci-après : SMR) évalue la capacité de travail exigible de l'assurée dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée à 100 % dès le 1<sup>er</sup> mai 2004, en se référant au rapport d'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ du 31 mai 2005, ainsi qu'au complément d'expertise de ce médecin du 8 août 2005. A titre de limitations fonctionnelles, elle mentionne des douleurs cervicales et de l'épaule gauche. Les mouvements répétitifs ou en force au niveau de la main gauche sont proscrits. Il n'y a pas lieu de procéder à une réadaptation, l'activité antérieure d'aide soignante étant adaptée.
12. Dans son rapport du 13 avril 2006, le Dr Q\_\_\_\_\_ diagnostique une périarthrite scapulo-humérale droite, une discopathie C5-C6 avec brachialgie droite, une fibromyalgie et une sinistrose réactionnelle. La capacité de travail est nulle depuis le 3 octobre 2003 et de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> mars 2004. L'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible. La patiente pourrait toutefois exercer une autre activité à 50 %, par exemple dans un bureau.
13. Par décision du 2 juin 2006, l'assurance-accidents rejette les oppositions de l'assurée et de son assurance-maladie contre sa décision du 14 juin 2005.
14. Par projet de décision du 13 août 2006, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) informe l'assurée qu'il a l'intention de lui refuser les prestations de l'assurance-invalidité.

15. Le 4 octobre 2006, l'assurée est entendue à l'OCAI. Selon le procès-verbal y relatif, elle explique notamment qu'elle porte une minerve à cause des problèmes des cervicales et qu'elle est également très handicapée pour l'accomplissement de son ménage.
16. Par décision du 31 octobre 2006, l'OCAI confirme son projet précité. Dans la motivation, il fait notamment état de ce que le SMR a constaté que le conflit sous-acromial de l'épaule existait avant l'accident d'octobre 2003 et que l'état de son épaule s'est stabilisé trois mois environ après cet accident. Quant à l'atteinte du pouce gauche, elle ne justifie pas une incapacité de travail dans la profession d'aide-soignante.
17. Dans le cadre de la procédure de recours contre cette décision, l'OCAI la reconsidère en l'annulant et en reprenant l'instruction. Par arrêt du 9 mai 2007, le Tribunal de céans déclare le recours de l'assurée sans objet.
18. Dans son rapport du 10 octobre 2007, le Dr L\_\_\_\_\_ atteste que l'état est resté stationnaire et qu'il n'y a pas de changement dans les diagnostics. A la question de savoir si la compliance est optimale, il répond "très plaintive". Concernant la concordance entre les plaintes et l'examen clinique, il mentionne que l'examen confirme la raideur, mais que le reste est très subjectif. Il n'a pas constaté de troubles psychiques.
19. Dans le cadre de la procédure de recours contre la décision sur opposition du 2 juin 2006 de l'assurance-accidents par devant le Tribunal de céans, celui-ci ordonne une expertise judiciaire et la confie au Dr R\_\_\_\_\_, sous la direction du Pr Pierre S\_\_\_\_\_. Selon le rapport du 2 novembre 2007 de ces experts, la recourante présente une déchirure du ligament collatéral ulnaire de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche, une contusion de l'épaule gauche, un conflit sous-acromial de l'épaule gauche, des troubles dégénératifs du rachis cervical, dorsal et lombaire, une hernie mixte discale et ostéophyttaire C6/C7 gauche et une scoliose dorso-lombaire. En tenant compte de toutes les atteintes à la santé constatées, les experts évaluent la capacité de travail de la recourante à 25 % dans sa profession d'aide soignante. Ils estiment toutefois qu'un bilan complet d'aptitude professionnelle dans un atelier d'ergothérapie serait le meilleur outil d'évaluation possible. Dans une activité adaptée, par exemple dans le domaine de la traduction, du secrétariat ou en tant que réceptionniste-téléphoniste, la capacité de travail est de 100 %, en prenant en considération toutes les atteintes. Toute activité ne nécessitant pas d'efforts physiques soutenus ou l'utilisation en force du membre supérieur gauche pourrait convenir.
20. Dans son rapport du 31 janvier 2008, le Dr Q\_\_\_\_\_ atteste que l'état de santé de l'assurée est resté stationnaire. Il pose le diagnostic de fibromyalgie. A la question de savoir ce qu'il entend par sinistrose réactionnelle, il répond "les

douleurs constantes la plongent dans un état dépressif réactionnel débouchant sur la sinistrose".

21. Par arrêt du 27 février 2008, le Tribunal de céans admet partiellement le recours de l'assurée contre la décision de l'assurance-accidents, annule cette dernière et condamne l'assurance-accidents à prendre en charge les frais médicaux pour le traitement de l'épaule gauche et à verser à l'assurée les indemnités journalières proportionnellement à ses incapacités de travail attestées jusqu'au 12 mai 2005.
22. Le 18 mars 2008, l'assurée est soumise à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique par les Drs T\_\_\_\_\_, psychiatre, et U\_\_\_\_\_, rhumatologue. Selon le rapport du 14 mai 2008 de ces médecins, l'enfance de l'assurée est décrite comme merveilleuse. Il n'y a pas d'adversités de la vie signalées. Elle se dit incapable de reprendre son ancienne activité d'aide-soignante en raison des douleurs de la colonne, de l'épaule et des doigts. Elle se plaint également de douleurs lombaires basses limitant la marche à 20 minutes. Selon ses dires, la tolérance de la position assise est également de 20 minutes. Au-delà, elle est gênée au niveau de la nuque. Pour regarder la télévision, elle porte une collerette en mousse. L'assurée déclare également avoir des difficultés dans ses soins personnels (faire sa tresse, mettre son soutien-gorge). Pour le ménage, elle a l'aide de ses enfants et d'un ami. Elle n'est pas capable de faire le repassage, le nettoyage et de porter des charges lourdes lors des commissions. Elle ne se voit plus travailler à 100 %, même dans une activité légère, à cause des douleurs. Dans l'anamnèse psychosociale psychiatrique, la psychiatre du SMR relève qu'elle n'a jamais présenté une pathologie psychiatrique. Sa vie sociale est normale. Dans le status psychiatrique, la Dresse T\_\_\_\_\_ indique notamment ce qui suit :

"Dans le contact, l'assurée est ouverte à la relation. Elle n'est pas démonstrative et présente une amplification verbale de ses plaintes, accompagnée de signe de souffrance objectivable à l'examen clinique.

Nous n'avons pas mis en évidence de symptôme en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Cependant, les symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique sont amplifiés et entretenus par l'état psychique de l'assurée dans le cadre d'un diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques."

Les médecins examinateurs posent les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail : cervicalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de discopathie étagée avec hernie mixte disco-ostéophytaire en C6 gauche, et un conflit sous-acromial gauche chronique. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils font état d'un status post-luxation de la métacarpo-phalangienne du pouce gauche, de lombalgies communes et de majoration de

symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il résulte par ailleurs de ce rapport que l'assurée a repris son travail à 50 % en mars 2004, son poste ayant été adapté. Elle travaillait à la demi-journée, devait s'occuper de la compliance médicamenteuse des pensionnaires, les aider dans leur déplacements et leur donner à boire. L'assurée dit ne pas avoir pu continuer cette activité en raison des douleurs, mais également en "l'absence de disponibilité pour du long terme dans un poste de ce type". L'arthroscopie effectuée en 2004 a amélioré temporairement les douleurs pendant une année. Depuis une année, elle ressent également des douleurs au niveau de l'épaule droite. Lors de l'entretien, les médecins constatent que l'assurée se tient avec le coude gauche au corps, épargne le bras gauche lors du déshabillage et ne le balance pas à la marche. De façon peu cohérente, la trophicité musculaire est conservée contrairement à ce que pourrait faire penser une épargne importante du bras dans les activités de la vie quotidienne. Les médecins ne peuvent par ailleurs confirmer la notion de raideur avancée par le Dr L.\_\_\_\_\_ relevant en particulier l'absence de signe de capsulite rétractile. Il n'y a pas non plus de signe de rupture complète de la coiffe des rotateurs. Les médecins notent une bonne évolution de la luxation du pouce gauche. Ils estiment qu'il existe une discordance entre la mobilisation limitée dans toutes les directions et les mouvements automatiques de la nuque qui sont conservés. Au niveau lombaire, il n'y a pas de syndromes rachidiens, la mobilité étant conservée en flexion et en l'absence de contractures musculaires. Il n'y a pas de sciatalgies irritatives ou de déficit neurologique aux membres inférieurs. Au niveau du rachis cervical, les médecins du SMR retiennent les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvement de flexion-extension répétés, pas de rotations rapides, pas d'attitude de la tête prolongée en extension, pas de soulèvement de charges le bras tendu, supérieures à 4 kg, pas d'exposition aux vibrations. En ce qui concerne l'épaule gauche, le travail prolongé au-delà de l'horizontale, le soulèvement de charges supérieures à 2-3 kg et les mouvements d'abduction-adduction répétés sont proscrits. La capacité de travail est nulle dans l'activité d'aide-soignante, mais totale dans une activité adaptée aux limitations précitées. Toutefois, l'assurée sous-estime ses capacités et il existe une amplification des symptômes. Les chances de succès de mesures d'ordre professionnel sont faibles en raison de la symptomatologie douloureuse diffuse.

23. Le dossier est transmis à la Division de réadaptation de l'OCAI. Dans sa note du 19 juin 2008, celle-ci estime qu'il n'y a pas lieu de réadapter l'assurée, celle-ci estimant ne pas pouvoir travailler. La perte de gain est déterminée à 14,5 %.
24. Par projet de décision du 10 juillet 2008, l'OCAI informe l'assurée qu'il a l'intention de lui refuser le droit aux prestations sur la base du rapport du SMR.
25. Par courrier du 11 septembre 2008, l'assurée s'oppose à ce projet et transmet à l'OCAI les rapports médicaux suivants :

- Un certificat médical du 24 juillet 2008 du Dr L\_\_\_\_\_ certifiant que la patiente se plaint toujours de douleurs, d'impotence fonctionnelle et de réduction de mobilité active et passive de l'épaule. Elle doit consommer beaucoup d'anti-inflammatoires et antalgiques; de l'avis de ce médecin, le projet de décision de l'OCAI ne tient pas compte de l'ensemble des diagnostics posés et qu'une activité à 100 % occasionnerait à coup sûr une augmentation des douleurs et une augmentation de la prise d'anti-inflammatoires.
  - Le Dr Q\_\_\_\_\_ certifie, dans son attestation du 6 août 2008, que les traitements mis en place n'ont pas permis d'amender totalement les douleurs et que, même avec un effort important, il paraît peu probable que la patiente puisse dépasser quelques heures (2 à 3) d'activité, même légère.
  - La Dresse V\_\_\_\_\_ certifie le 10 septembre 2008 qu'elle suit l'assurée pour des problèmes allergiques depuis mars 2007. Elle souffre d'une rhino-conjonctivite et d'un asthme à composante allergique. Elle se plaint aussi d'une gêne buccale lors de l'ingestion de certains aliments et a présenté en 2006 un œdème de Quincke nécessitant une hospitalisation de courte durée. La Dresse V\_\_\_\_\_ signale en outre des difficultés respiratoires à l'effort. La patiente se plaint enfin d'une asthénie importante. L'activité professionnelle devrait être adaptée en fonction des allergies et des problèmes respiratoires.
26. Dans un avis médical du 28 novembre 2008, la Dresse W\_\_\_\_\_ du SMR estime que les nouveaux documents médicaux produits ne permettent pas de modifier les précédentes conclusions.
27. Par décision du 10 juillet (*recte* décembre) 2008, l'OCAI confirme son projet de décision.
28. Par acte posté le 26 janvier 2009, l'assurée recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 7 février 2005, sous suite de dépens. Préalablement, elle demande l'audition des Drs L\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire. Elle fait notamment valoir qu'elle présente de nombreuses et importantes limitations fonctionnelles. Elle s'étonne par ailleurs qu'aucune limitation fonctionnelle dans une activité en position assise n'ait été retenue, alors que c'est souvent le cas pour les troubles qu'elle présente. Elle souligne également qu'elle souffre d'asthme à l'effort et que l'examen au SMR avait dû être interrompu pendant une quinzaine de minutes en raison d'une légère dyspnée et une toux sèche en relation avec son asthme. Ainsi, cette affection peut s'avérer invalidante, même dans des tâches légères. De l'avis de la recourante,

l'examen clinique du SMR comporte ainsi des inexactitudes et des contradictions. Elle fait également valoir que le cumul de ces troubles entraîne une diminution de sa capacité, ce qui est confirmé par les Drs L\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_.

29. Dans sa détermination du 10 mars 2009, l'intimé conclut au rejet du recours.
30. Par ordonnance du 16 avril 2009, le Tribunal de céans ordonne l'apport de la procédure concernant le recours de l'assurée contre la décision du 2 juin 2008 de l'assurance-accidents.
31. Par écritures du 15 mai 2009, la recourante persiste dans ses conclusions. Elle insiste sur le fait que les expertises réalisées dans le cadre de cette procédure contre l'assurance-accidents ont trait à sa capacité de travail pour les seules suites de l'accident, sans tenir compte des atteintes qui ne sont pas dans un rapport de causalité avec celui-ci. Pour le surplus, elle reprend ses autres arguments.
32. Par écritures du 14 mai 2009, l'intimé persiste également dans ses conclusions.
33. Sur ce, la cause a été gardée 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. Le 1<sup>er</sup> janvier 2008 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI) Elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p. 4 et les arrêts cités). Avant cette date, les dispositions légales s'appliquent dans leur ancienne teneur. Cela étant, s'agissant de l'évaluation de l'invalidité et de l'échelonnement des rentes, cette nouvelle n'a pas apporté de modifications substantielles (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5<sup>ème</sup> révision], du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322).
3. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais du 18 décembre au 1<sup>er</sup> janvier inclusivement (art. 38 al. 4 et 56 ss LPGA).

4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante présente une invalidité lui ouvrant le droit aux prestations.
5. 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 (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).
6. a) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.  
  
b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA) (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (let. b).  
  
c) En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.
7. a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

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. A 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

---

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice 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 contient 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).

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/bb et cc).

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; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

8. En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'un examen bi-disciplinaire par le SMR. Les médecins de ce service concluent à une capacité de travail complète dans une activité adaptée aux limitations du rachis cervical et de l'épaule gauche.

Cet examen remplit en principe toutes les conditions jurisprudentielles susmentionnées pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Par ailleurs, les conclusions des médecins du SMR sont également confirmées par l'expertise judiciaire du 2 novembre 2007 du Dr R\_\_\_\_\_, réalisée dans le cadre de la procédure contre l'assurance-accidents. En effet, celui-ci a également retenu une capacité de travail totale dans une activité légère, par exemple dans le domaine de la traduction, du secrétariat ou en tant que réceptionniste-téléphoniste. L'assurée

devait, selon l'expert, notamment éviter les efforts physiques soutenus et l'utilisation en force du membre supérieur gauche.

Certes, les médecins du SMR ont objectivé une symptomatologie douloureuse lors de l'examen clinique. Ne pouvant l'expliquer par les atteintes somatiques, ils ont retenu une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, à titre de diagnostic sans répercussion sur le travail. Il est vrai que cette majoration est selon toute vraisemblance inconsciente et que les douleurs sont bien réelles. Néanmoins, du moment que ces douleurs ne peuvent être expliquées dans leur totalité par un substrat organique et qu'un trouble somatoforme douloureux doit être exclu en l'absence de toute atteinte psychiatrique, la loi ne permet pas d'en tenir compte pour l'évaluation de la capacité de travail.

Il sied de relever en outre que même si les médecins avaient mentionné, parmi les limitations fonctionnelles, que la recourante doit alterner les positions, comme elle le soutient, cela ne changerait rien au fait qu'elle dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, dès lors que bon nombre de postes de travail permettent d'alterner les positions.

Cependant, la recourante se prévaut de l'avis médical des Drs L\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, selon lesquels elle n'a qu'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Ces médecins n'expliquent toutefois pas pour quels motifs objectifs ils s'écartent de l'appréciation de la capacité de travail du Dr R\_\_\_\_\_. De surcroît, le Dr Q\_\_\_\_\_ n'est pas spécialiste en la matière. Il s'agit par ailleurs des médecins traitants qui peuvent manquer d'objectivité dans l'appréciation des répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail. A noter également que même le Dr L\_\_\_\_\_ ne semble pas être totalement convaincu par les plaintes de sa patiente, dès lors qu'il la qualifie de "très plaintive" et estime que les douleurs ne sont pas objectivables, hormis une raideur, dans son rapport du 10 octobre 2007. Quant au Dr Q\_\_\_\_\_, il a posé le diagnostic de "sinistrose réactionnelle" dans son rapport de 13 avril 2006, ce qui permet également de supposer qu'il n'y a pas une bonne concordance entre les atteintes objectivables et les plaintes. Les avis de ces médecins ne sont dès lors pas propres à mettre en doute l'appréciation de l'expert judiciaire, mandaté dans la procédure à l'encontre de l'assurance-accidents, et des médecins du SMR.

Le Tribunal de céans estime en outre que le dossier médical est complet et ne juge ainsi pas nécessaire d'entendre les Drs Q\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, comme le requiert la recourante. Celle-ci sera par conséquent déboutée de sa conclusion y relative.

En ce qui concerne les autres atteintes à la santé dont se prévaut la recourante, celles-ci sont sans répercussion durable sur la capacité de travail. En effet, la Dresse V\_\_\_\_\_ n'a attesté aucune incapacité de travail en relation avec les pathologies

qu'elle a retenues, notamment l'asthme. Quant au syndrome du tunnel carpien bilatéral, il ne constitue pas une maladie engendrant une incapacité de travail durable.

Cependant, jusqu'au 11 mai 2005, une incapacité de travail totale ou partielle doit être retenue, comme l'a constaté le Tribunal de céans dans son arrêt du 27 février 2008. Ainsi, une année après l'incapacité de travail du 2 octobre 2003, à savoir à partir d'octobre 2004, le droit aux prestations de l'assurance invalidité est ouvert. Or, à cette date, la recourante était en incapacité de travail à 50 % jusqu'à son opération en novembre 2004. Suite à l'opération effectuée le 11 novembre 2004, son état s'est aggravé et elle a présenté une incapacité de travail de 100 % jusqu'en mai 2005. Dès la stabilisation de son état, à savoir après l'écoulement de six mois à compter de l'opération, une capacité de travail totale dans une activité adaptée doit être admise, comme exposé ci-dessus. En tenant compte de cette amélioration après l'écoulement de trois mois, il doit être considéré que la capacité de travail était nulle jusqu'en août 2005.

9. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation.

---

Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

10. Pour le revenu d'invalidité, le salaire de référence est en l'espèce celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir 46'716 fr. par année (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA1, p. 53). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps de la recourante. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; La Vie économique, 4-2009, p. 90, B9.2), ce montant doit être porté à 48'584 fr. 60.. Vu les handicaps de la recourante et sa nationalité étrangère, il se justifie de procéder à un abattement de ce salaire statistique à hauteur de 10%. Il en résulte un revenu de 43'726 fr. 20.

Quant au revenu sans invalidité, le salaire déterminant en 2004, année déterminante, n'est pas connu. En effet, le dernier employeur n'a indiqué que le salaire que la recourante aurait réalisé en 2005 dans le questionnaire qu'il a signé le 3 mars 2005. Cependant, même en prenant en considération ce salaire de 50'096 fr. 40, en principe supérieur, il appert que la perte de gain de la recourante, dans une activité adaptée à 100 % est inférieure au taux ouvrant le droit à une rente. En effet, elle n'est que de 12,7 %. En tenant compte d'une capacité de travail de 50 %, la perte de gain est de 56,3%.

Ainsi, la recourante a droit à une demi-rente dès octobre 2004 jusqu'en février 2005, à savoir trois mois après l'aggravation de son état consécutive à son

opération, et à une rente entière de mars à août 2005, soit trois mois après la stabilisation de son état.

11. Reste à examiner le droit aux mesures professionnelles de la recourante.

a) Selon l'art. 8 al. 1 aLAI, dans sa teneur en vigueur entre le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et le 31 décembre 2007 (4<sup>ème</sup> révision AI), les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement; art. 8 al. 3 let. b aLAI; cf. également art. 15 à 18 LAI).

L'art. 8 LAI, dans sa nouvelle teneur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 reprend pour l'essentiel le texte de l'ancienne disposition. Il précise toutefois à l'al. 1bis qu'il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante, lors de la fixation des mesures de réadaptation. Ces mesures sont par ailleurs complétées par une allocation d'initiation au travail, régie par l'art. 18a LAI, et une aide en capital, réglée à l'art. 18b LAI pour les personnes qui désirent entreprendre ou développer une activité en tant qu'indépendant.

b) Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou favoriser l'usage de la capacité de gain de l'assuré, l'administration doit préalablement établir un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (cf. ATF 110 V 102), qui ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance. Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références). En effet, des mesures de réadaptation ne sont à la charge de l'assurance-invalidité que s'il existe une proportion raisonnable entre leur coût et leur utilité prévisible. Ainsi, 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). Si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient jouer un rôle déterminant (ATF non publié du 13 juin 2007, I 552/06).

12. a) L'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle (art. 15 LAI dont la teneur n'a pas été modifiée par la 5<sup>ème</sup> révision), qui inclut également

---

les conseils en matière de carrière. Cette mesure a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat (cf. circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel - CMRP, n° 2001).

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI (dont la teneur n'a pas été modifiée par la 5<sup>ème</sup> révision AI), l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). 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. (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). Cependant, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé (RCC 1988 p. 266 consid. 1). Il faut par ailleurs que l'invalidité soit d'une certaine gravité; selon la jurisprudence. Cette condition est donnée lorsque l'assuré subit dans l'activité encore exigible sans autre formation professionnelle, une perte de gain durable ou permanente de 20 % (ATFA du 5 février 2004, I 495/03, consid. 2.2; ATF 124 V 110 consid. 1b et les références).

c) S'agissant enfin du placement, les assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés ont droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver, selon l'art. 18 al. 1 aLAI. Dans la nouvelle version de cette disposition, ce droit est ouvert aux assurés présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadaptés. L'assuré ne doit donc plus nécessairement présenter une invalidité. Selon l'art. 18 al. 2 LAI, dans sa nouvelle teneur, l'office AI procède à un examen sommaire du cas et met en œuvre ces mesures sans délai, si les conditions sont remplies. L'invalidité ouvrant droit au service de placement consiste dans le fait que les difficultés éprouvées par l'assuré pour trouver un travail approprié par ses propres moyens sont dues à son état de santé (MEYER-BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, thèse Berne 1985, p. 190s.). Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1 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 (MEYER-BLASER, op. cit. p. 86 et 124 sv).

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 minimes, pour y avoir droit (ATF non publié du 5 juin 2001, I 324/00 ; ATF 116 V 81 consid. 6a).

L'art. 18 al. 2 LAI dans sa nouvelle teneur ajoute par ailleurs que l'office AI procède à un examen sommaire du cas et met en œuvre ces mesures sans délai si les conditions sont remplies.

13. En l'espèce, la recourant subit une perte de gain inférieure à 20%, de sorte qu'elle ne peut prétendre à un reclassement dans une nouvelle profession.
14. Cependant, il n'est pas contesté qu'elle ne peut plus travailler comme aide-soignante. Elle n'est par ailleurs pas en mesure d'exploiter en Suisse sa formation de médecin acquise à Cuba. Ses limitations fonctionnelles excluent en outre d'emblée bon nombre d'activités. Il convient dès lors d'admettre que son invalidité rend difficile le choix d'une profession.

La recourante ayant une formation universitaire, il est par ailleurs à supposer qu'elle présente de bonnes capacités professionnelles pour se réinsérer dans la marché du travail.

Cela étant, il y a lieu de lui accorder une orientation professionnelle, le cas échéant, à 50 %, si elle ne s'estime pas capable de travailler à un taux supérieur. Si toutefois la recourante devait manquer de motivation pendant l'exécution de cette mesure ou se considérer trop limitée par ses douleurs, il y aurait lieu de l'interrompre immédiatement, les conditions d'octroi de mesures d'ordre professionnel n'étant alors plus remplies.

Cette mesure permettra d'établir un bilan de compétence, d'apprendre les techniques de recherche d'emploi et de la recherche d'activités réalisables. Dans ce cadre, des stages pratiques pourront aussi être organisés (CMRP n° 2003), l'OCAI ayant également la faculté d'ordonner un examen plus étendu dans des centres spécialisés de formation professionnelle et de réadaptation, sur le marché libre ou dans des centres d'observation professionnelle (cf. CMRP n° 2003). A l'issue de ce processus, il sera possible d'identifier une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision attaquée annulée, en ce qu'elle a refusé toute rente à la recourante jusqu'en mai 2005. La recourante sera par ailleurs mise au bénéfice d'une demi-rente d'octobre 2004 à février 2005 et d'une rente entière de mars 2005 à août 2005. Enfin, une mesure d'orientation professionnelle lui sera octroyée, au sens des considérants.

16. La recourante obtenant partiellement gain de cause, l'intimé sera condamné à lui verser une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.
17. Au vu de l'issue de la procédure et du fait que la recourante est au bénéfice de l'assistance juridique, le Tribunal de céans renonce à percevoir un émolument de justice.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 10 décembre 2008, en ce qu'elle a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à la recourante pour la période d'octobre 2004 à août 2005 et lui a refusé l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle.
4. Octroie à la recourante une demi-rente d'octobre 2004 à février 2005 et une rente entière de mars à août 2005.
5. Lui octroie une mesure d'ordre professionnel au sens des considérants.
6. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.
7. Renonce à percevoir un émolument de justice.
8. 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

La présidente

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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