RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1716/2003 **ATAS/483/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

3ème chambre

du 26 mai 2005

En la cause

Madame P_____

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Madame Karine STECK , Présidente,

Mesdames Maya CRAMER et Isabelle DUBOIS, juges.

EN FAIT

1. Madame P_____, ressortissante portugaise née en 1969, a été employée en tant que femme de chambre dès 1993 à Genève, à l'Hôtel du Rhône, puis à l'Hôtel Président.

2. Le 27 août 1996, elle a été victime d'une chute. S'étant réceptionnée sur la main droite, elle a subi une fracture du poignet, ce qui a entraîné une incapacité totale de travail.

3. Un déplacement a été constaté trois jours après une première intervention chirurgicale visant à réduire la fracture.

4. Une radiographie du poignet ayant révélé une bascule postérieure de l'épiphyse distale du radius (EDR) et un index radio-cubital diminué, la Consultation de chirurgie de la main a pratiqué une arthroscopie diagnostique du poignet. Au cours cette intervention une synovite et un corps libre intra-articulaire ont été excisés.

5. Dans un rapport médical intermédiaire établi le 2 février 1997 à l'attention de l'assureur-accidents, la Dresse A_____, chirurgienne, a fait état d'un status à cinq mois après fracture intra-articulaire de l'épiphyse distale du radius droit, consolidé en position vicieuse, avec suspicion d'une entorse scapho-lunaire. Elle a indiqué que le traitement n'était pas terminé et que la patiente était toujours dans l'incapacité de travailler.

6. Le 9 juin 1997, la Dresse B_____, chirurgienne orthopédique, a procédé à une expertise de l'assurée à la demande de l'assurance-accidents. De son rapport, il ressort qu'une nouvelle intervention chirurgicale a été prévue pour le 26 juin 1997. Les diagnostics posés par l'experte sont les suivants : status après fracture intra-articulaire déplacée de l'EDR, status après fracture de la pointe de la styloïde cubitale, cal vicieux du radius en bascule dorsale avec perte de la pente frontale et de la hauteur du radius, déchirure centrale du TFCC, ainsi que suspicion d'entorse luno-triquétrale. Le médecin a indiqué que la patiente était toujours dans l'incapacité totale de travailler et ne pourrait plus jamais exercer la profession de femme de chambre. Il a cependant estimé que, vu son jeune âge et sa formation de secrétaire, elle pourrait trouver un travail léger dans un autre domaine et à 100 % dès la fin du traitement.

7. En date du 13 octobre 1997, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) visant à l'obtention d'un reclassement dans une nouvelle profession ou d'une rente.

8. Dans un rapport du 30 octobre 1997 à l'attention de la Dresse A_____, les Drs C_____ et D_____ ont indiqué que l'examen électrophysiologique qu'ils avaient pratiqué était normal.

9. Le 4 décembre 1997, la Dresse A_____ a informé l'OCAI que sa patiente était toujours dans l'incapacité totale de travailler et que le traitement n'était pas terminé.

10. Le 22 décembre 1997, la Dresse B_____ a procédé à une seconde expertise de l'assurée. Elle a posé les diagnostics suivants : status après fracture de l'EDR déplacée à droite avec cal vicieux, status après ostéomie de correction de l'épiphyse distale radiale, décompression prophylactique du tunnel carpien droit, raideur articulaire du poignet droit et irritation du nerf médian. Elle a indiqué qu'il existait une légère amélioration dans la mobilité du poignet en flexion, mais que persistait un manque d'extension active et passive qui semblait provoquer une gêne quotidienne ; la force de préhension s'était améliorée, suite à la deuxième intervention, sans pour autant être efficace ; par contre, la force de la pince poli-digitale avait nettement diminué ; l'ablation du matériel d'ostéosynthèse paraissait indiquée à bref délai en raison des irritations causées et vu la bonne consolidation osseuse. Selon le médecin, cette intervention devrait être pratiquée à la fin du mois de janvier 1998 et une reprise du travail à 50 % devrait être possible six semaines plus tard. L'experte a estimé que la patiente devrait envisager un changement de métier et que la reprise d'une activité dépendrait de sa bonne volonté, étant donné qu'elle avait une formation en marketing, publicité et secrétariat et qu'elle comprenait très bien le français. A son avis, elle pourrait par exemple exercer le travail de téléphoniste-réceptionniste.

11. Le 5 février 1998, le Dr E_____, chirurgien, a procédé a l'ablation du matériel d'ostéosynthèse.

12. Dans un certificat du 26 mars 1998, le Dr F_____, neurologue, a noté que l'EMG de la main droite qu'il avait pratiqué était normal, sans aucun argument pour un syndrome canalaire du médian et du cubital au poignet.

13. Le 7 mars 1998, le Dr E_____ a indiqué à l'assureur-accidents que sa patiente était en mesure de reprendre le travail à 50 % dès le 23 mars 1998 et à 100 % dès le 6 avril 1998.

14. Le 23 avril 1998, la Dresse B_____Z a rendu un troisième rapport d'expertise à la demande de l'assurance-accidents. Elle a posé les diagnostics suivants : status à 19 mois après fracture de l'EDR intra-articulaire déplacée et fracture arrachement de la styloïde cubitale, status après ostéomie de correction de l'EDR et de décompression prophylactique du tunnel carpien droit, status après ablation de la plaque palmaire et neurolyse externe du nerf médian à l'avant-bras et au tunnel carpien, status après débridement d'une déchirure centrale du ligament triangulaire

avec entorse luno-triquétrale, persistance d'une symptomatologie douloureuse du poignet avec raideur en extension et irritation du nerf ulnaire au coude droit. Il semblait que la dernière intervention réalisée avait plutôt aggravé la sensibilité. Une reprise du travail à 100 % était théoriquement possible dès le 1er mai 1998 dans une activité professionnelle légère. Un examen électroneuromyographique devait être pratiqué en juillet 1998 pour déterminer dans quelle mesure les nerfs étaient encore atteints.

15. Par courrier du 26 juin 1998, le Dr G_____, médecin traitant, a indiqué au médecin-conseil de l'assurance-accidents que le rapport de l'experte était tout à fait exact et qu'il serait judicieux de proposer à la patiente une réadaptation professionnelle simple, dans les métiers de vendeuse ou de caissière. Une opération réparatrice au niveau de la crête iliaque droite devait encore être prévue.

16. Par courrier du 20 avril 1999, la Dresse B_____ a précisé au médecin-conseil de l'assurance-accidents qu'elle était dans l'incapacité d'expliquer les paresthésies et la diminution de la sensibilité, les examens pratiqués étant normaux. Elle a estimé que les troubles dépassaient ce à quoi l'on pouvait s'attendre en fonction des constatations objectives, que certains efforts pouvaient expliquer des douleurs, mais pas au point décrit par l'assurée, dont elle a jugé les plaintes exagérées compte tenu de l'activité ménagère qu'elle exerçait encore. Par ailleurs, la Dresse B_____ a indiqué que l'assurée ne lui avait pas paru présenter de surcharge psychique. Selon elle, sa capacité de travail comme femme de chambre était définitivement nulle et une atteinte à l'intégrité de 10 % pourrait être retenue.

17. Dans un rapport du 13 juillet 1999, le Dr K_____ a indiqué au Dr G_____ qu'après investigation EMG de l'innervation de l'avant-bras droit, les éléments objectifs de lésions nerveuses au niveau de la main et de l'avant-bras lui semblaient minimes. L'examen ne montrait pas d'atteinte significative.

18. A la demande de l'OCAI, le Dr H_____, chirurgien de la main, a également procédé à une expertise. Dans son rapport du 1er juillet 2002, il a posé les diagnostics suivants : status 6 ans après fracture de l'EDR, intra articulaire et déplacée, fracture arrachement de la styloïde cubitale, entorse luno-triquétrale et déchirure centrale du TFCC, status après débridement de la déchirure du TFCC, status après ostéomie de correction de l'EDR et décompression prophylactique du tunnel carpien droit, status après ablation du matériel d'ostéosynthèse (plaque palmaire) et neurolyse externe du nerf médian à l'avant-bras et au tunnel carpien, épicondylite frustre, douleurs mal systématisées de l'épaule droite. Il a noté une certaine discordance entre les plaintes subjectives de la patiente et les constatations objectives de l'examen clinique ; ce dernier montrait en particulier des signes d'utilisation de la main droite et une bonne récupération des périmètres au niveau du poignet et des avant-bras. La situation familiale s'était modifiée en ce sens que l'assurée avait obtenu un permis de séjour pour raisons médicales et que ses enfants

étaient venus la rejoindre en Suisse. La récupération du poignet était très satisfaisante, mais des douleurs persistaient au coude et à l'épaule. Au plan psychique, le médecin a relevé que la patiente - étant la seule à bénéficier d'une autorisation de séjour - se sentait lourdement responsable de son mari et de ses filles. Il a estimé la capacité résiduelle de travail à 0 % en tant que femme de ménage et à 100 % dans une activité professionnelle légère.

19. Dans son projet de décision du 9 décembre 2002, l'OCAI a considéré que la capacité de capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était totale et ne permettait pas de lui reconnaître d'invalidité.

20. Le 26 décembre 2002, l'assurée a protesté contre le fait que l'OCAI se fonde sur le seul avis du Dr H_____, lequel ne connaissait pas toute son histoire. Elle a fait valoir que le rapport de l'expert contenait des inexactitudes, notamment sur le diagnostic, qu'elle n'avait pas de problèmes psychologiques, qu'elle était prête à suivre d'autres traitements et que ses problèmes étaient liés à son poignet et à son manque d'argent.

21. Par décision du 27 janvier 2003, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée en précisant qu'elle pourrait toutefois bénéficier de l'aide de son service de placement, pour autant qu'elle en fasse la demande.

22. Par courrier du 25 février 2003, l'assurée a formé opposition. Elle l'a complétée le 20 mars 2003 en sollicitant un rapport du dernier médecin qui l'avait traitée. Elle a fait valoir que, compte tenu de la complexité de son cas, une « expertise isolée » ne suffisait pas à fonder une décision et qu'il manquait notamment l'avis d'un spécialiste de l'épaule. Par ailleurs, elle a souligné que selon l'expertise, elle ne pouvait reprendre d'activité professionnelle sans formation complémentaire ou mesures de réadaptation et allégué que sa capacité de travail résiduelle n'était pas complète, même dans une activité adaptée.

23. Le 17 avril 2003, l'assurance-accidents de l'assurée s'est également opposée à la décision de l'OCAI, en faisant valoir que, dans la mesure où elle avait versé sans interruption à sa sociétaire des indemnités journalières du 30 août 1996 au 30 août 1998, l'assurée devrait à tout le moins se voir accorder une rente d'invalidité transitoire du 1er août 1997 au 30 août 1998.

24. Le 8 août 2003, l'OCAI a rendu une décision sur opposition confirmant sa décision initiale. Il a constaté que les experts B_____ et H_____ avaient tous deux conclu à une capacité résiduelle de travail entière dans une activité professionnelle légère. Or, une telle activité permettrait de compenser totalement la perte de gain.

25. En date du 2 septembre 2003, l'OCAI a rendu une nouvelle décision sur opposition annulant et remplaçant celle du 8 août 2003. Il a retenu que, selon les experts, la

capacité de l'assurée à exercer une activité légère avait été entière dès le 1er mai 1998. Il a par ailleurs souligné que, l'atteinte à la santé étant survenue le 27 août 1996, et l'assuré étant toujours incapable de travailler à l'échéance du délai de carence d'un an, il y avait lieu de lui reconnaître le droit à une rente entière pour la période du 1er août 1997 au 31 juillet 1998.

26. Par acte du 12 septembre 2003, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle a allégué avoir été mal prise en charge à l'Hôpital le jour de son accident, ce qui lui avait causé des problèmes, l'obligeant à revenir plusieurs fois pour des soins. Ainsi, lorsque le plâtre avait été enlevé trois semaines après l'accident, le médecin lui avait signifié que sa situation était grave et qu'elle devrait consulter un spécialiste. Par la suite, elle avait été à nouveau plâtrée, puis opérée, puis plâtrée une troisième fois et avait ensuite encore subi deux autres opérations importantes. Elle a expliqué que c'était parce qu'elle ne faisait plus confiance aux médecins de l'Hôpital cantonal qu'elle avait poursuivi le traitement chez son médecin traitant. Pour le surplus, elle a fait valoir que l'expertise du Dr H_____ ne correspondait pas à la réalité et que cela avait été confirmé par la Dresse N_____. L'assurée a encore indiqué que des médecins portugais, à qui elle a demandé une expertise médicale, ont confirmé qu'elle présente des troubles de santé réels. Elle a finalement conclu à ce qu'il soit reconnu qu'elle est handicapée.

27. Dans sa réponse du 15 octobre 2003, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Le recours n'étant pas signé, il y avait lieu de fixer à la recourante un délai afin de le régulariser, sous peine d'irrecevabilité. Sur le fond, l'OCAI renvoyait aux termes de la décision attaquée, tout en rappelant que le Dr H_____ avait mentionné une discordance entre les plaintes de la patiente et les constatations objectives qui montraient des signes d'utilisation de la main droite. Par ailleurs, le rapport d'expertise devait se voir reconnaître pleine force probante et le rapport médical produit par la patiente ne remettait pas en cause son appréciation du cas.

28. Le 24 novembre 2003, l'assurée a transmis au Tribunal de céans un exemplaire signé de son recours. Dans sa réplique, elle a demandé à se voir accorder un délai pour produire le rapport d'un chirurgien portugais et a par ailleurs produit un rapport de la Dresse N_____ daté du 16 avril 2003 ainsi que d'autres documents médicaux concernant des examens subis.

29. Dans sa duplique du 12 janvier 2004, l'OCAI a persisté dans ses conclusions. Il a souligné que les rapports de l'Hôpital cantonal se rapportaient à des affections déjà connues et prises en compte lors de l'instruction du dossier et que les autres rapports produits ne faisaient pas état de pathologies ou d'anomalies particulières.

30. Le 16 février 2004, la recourante a estimé choquant de ne pas reconnaître qu'elle avait totalement perdu la faculté d'audition de l'oreille droite, alors que cela avait été confirmé par le Dr I_____.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal 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 (ci-après : LPGA) relatives notamment à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après : LAI).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). La présente cause sera donc examinée à la lumière des dispositions applicables au 31 décembre 2002. En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

4. La recourante a transmis au Tribunal de céans une exemplaire signé de son recours, de sorte qu'il y a lieu de constater que ce vice de procédure a été réparé. Par

ailleurs, déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'alinéa 2 précise que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

   Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1er LAI, dans sa teneur au 31 décembre 2003, qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3 % au moins, elle est d'une demie pour une invalidité de 50 % au moins et d'un quart pour une invalidité de 40 % au moins, en vertu du deuxième alinéa.

6. Le risque couvert par l'assurance-invalidité et donnant droit à des prestations est basé sur des faits médicaux. Pour juger des questions juridiques qui se posent, les organismes d'assurance et les juges des assurances sociales doivent dès lors se baser sur des documents qui sont établis essentiellement par des médecins (ATF 122 V 158). Ils peuvent ainsi se baser sur les rapports demandés par l'office AI aux médecins traitants, sur les expertises de spécialistes extérieurs et sur les examens pratiqués par les centres d'observation créés à cet effet (art. 69 al. 2 et 72bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI).

   Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, 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 15).

   Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves, notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien 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, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 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. En outre, au sujet 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. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATFA non publié du 26 octobre 2004 en la cause I 205/04).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre 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).

Enfin, lorsqu'il apprécie 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).

7. En l'espèce, le dossier contient plusieurs rapports d'expertise de la Dresse B_____, des compte-rendus opératoires des Drs J_____et E_____, un rapport du Dr K_____ ainsi qu'une expertise réalisée par le Dr H_____.

8. La Dresse B_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a procédé à trois expertises de l'assurée en juin et décembre 1997, ainsi qu'en avril 1998. Il ressort de ces examens que l'assurée a été en mesure de reprendre une activité professionnelle légère à plein temps dès le 1er mai 1998. Par contre, il n'est pas exigible qu'elle reprenne son activité de femme de chambre.

   Une anamnèse intégrale a été réalisée et la patiente a été entendue à chaque fois par l'experte, qui s'est fondée sur une étude attentive du dossier, a pris en considération sa situation médicale dans son ensemble, aussi bien objectivement que subjectivement. Pour rendre ses conclusions, l'experte a effectué divers examens et tenu compte des plaintes émises par l'assurée. Ses conclusions sont dûment motivées, de sorte que ses rapports respectent en tous points les exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante.

   L'avis exprimé par la Dresse B_____ a été confirmé par le Dr G_____, médecin traitant de la recourante, lequel a indiqué en juin 1998 à l'assurance-accidents que sa patiente pourrait postuler pour un travail de vendeuse ou de caissière.

   S'agissant des examens complémentaires (EMG) pratiqués par les neurologues D_____, F_____ et K_____, respectivement en octobre 1997, mars 1998 et juillet 1999, ils n'ont pas révélé d'anomalie particulière.

   Par la suite, l'OCAI a mandaté le Dr H_____, spécialiste en chirurgie de la main, afin que celui-ci procède à une expertise de l'assurée, la dernière expertise pratiquée par la Dresse B_____ remontant au mois d'avril 1998.

   Le Dr H_____ est parvenu aux mêmes conclusions que celles de la première experte, renvoyant aux rapports de celle-ci pour ce qui était de l'appréciation de la capacité de travail.

   Tout comme les expertises de la Dresse B_____, le rapport du Dr H_____ doit se voir reconnaître pleine force probante, puisqu'il remplit les exigences posées par la jurisprudence : une anamnèse a été réalisée et la patiente a été entendue ; son état de santé a fait l'objet d'un examen par l'expert, qui a également fait procéder à des radiographies. L'évolution de la maladie et le résultat

des thérapies a également été pris en compte. Les conclusions sont claires et confirment celles déjà exprimées par la Dresse B_____.

Enfin, les appréciations médicales sur lesquelles se fonde la recourante, en particulier celle du Dr L_____ du 21 mai 2003 et celle du Dr M_____ du 14 août 2003, ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions claires des expertises figurant au dossier. En effet, il s'agit de l'avis de médecins dont les rapports ne sont pas aussi complets et convaincants que celui des experts. Leur valeur probante est donc moindre. Le rapport du Dr M_____ est un simple résumé de l'histoire médicale de la patiente qui ressort de son dossier et celui du Dr L_____ consiste en un bilan sommaire de l'état de santé de l'assurée sans poser de conclusions. Le rapport de la Dresse N_____, également cité par la recourante dans ses écritures, n'apporte aucun élément qui justifierait de considérer différemment la situation médicale.

Vu ce qui précède, l'assurée doit être considérée comme capable d'exercer un emploi à plein temps dans une activité adaptée dès le 1er juin 1998, ceci sans que des mesures de réadaptation soient nécessaires.

Il reste à vérifier le calcul du taux d'invalidité réalisé par l'OCAI.

9. a) S'agissant d'une assurée ayant dû interrompre ou cesser son activité lucrative pour cause de maladie ou d'accident et qui, sans handicap, continuerait à exercer une activité lucrative, le taux d'invalidité doit être déterminé en recourant à la méthode générale de comparaison des revenus : le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI).

b) Sont déterminants pour la comparaison des revenus les rapports existants au moment de la naissance du droit à la rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222 ; ATFA I 670/01 du 2 février 2003).

En l'occurrence, l'année déterminante pour la comparaison est donc 1997.

c) S'agissant du revenu sans invalidité, il ressort du dossier qu'au moment où la recourante a mis un terme à son activité professionnelle en 1996, elle était employée en tant que femme de chambre à l'hôtel Président Wilson, lequel n'a toutefois pas été en mesure d'indiquer le montant de son salaire. Le relevé des extraits du compte individuel ne permet pas non plus de fixer de manière suffisamment précise le salaire obtenu par l'assurée dans son ancien emploi, puisqu'il ne porte pas sur des années entières.

Dans ces circonstances, ainsi que l'a précisé récemment le Tribunal fédéral des assurances (ATFA non publié du 30 décembre 2003 en la cause I 238/03), il convient de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb).

Le salaire sans invalidité sera ainsi basé sur celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant les tâches les plus simples dans le secteur de l'hôtellerie et la restauration, à savoir 2'945 fr. selon l'ESS 1996 (tableau TA3, secteur des services, division hôtellerie et restauration, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,9 heures en 1996 ; La Vie Economique, 11/2004, p. 86), ce montant doit être porté à 3'085 fr. (2'945 x 41,9 / 40), ce qui donne un salaire annuel de 37'020 fr. Réactualisé pour 1997 par le biais de l'indice des salaires nominaux par catégories de travailleurs (ouvrières adultes ; 1996 = *2'361*, 1997 = *2'372*), le salaire annuel sans invalidité en 1997 est de 37'192 fr. (37'020 x 2372 / 2361). A noter ici que ce salaire semble être plus élevé que celui que la recourante percevait réellement au regard des extraits de son compte individuel, le calcul lui étant de la sorte plus favorable.

d) Le revenu d'invalide, selon la jurisprudence, doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible -, le revenu d'invalide doit être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (cf. ATF 126 V 76). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou la valeur centrale (ATF 124 V 323 ; VSI 1999 p. 182).

Dans ce cas, la jurisprudence considère que certains empêchements propres à la personne de l'invalide exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalide qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt

procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25 %. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 ; VSI 2002 p. 70).

e) En l'occurrence, compte tenu de l'activité légère de substitution, le salaire statistique de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur de la production en 1996, à savoir 3'488 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 1998, tableau TA3; rubriques 10-45, niveau de qualification 4). Compte tenu d'un horaire de 41,9 heures (cf. supra), ce salaire doit être augmenté à 3'654 fr., ce qui donne un salaire annuel de 43'848 fr. Afin de tenir compte du renchérissement entre les années 1996 et 1997 (cf. supra), il doit être actualisé à 44'052 fr.

Compte tenu du fait que la recourante est jeune et que les experts n'ont mis aucune diminution du rendement en évidence, aucune réduction ne sera apportée à ce montant.

Dans la mesure où le revenu sans invalidité est inférieur au revenu d'invalide, aucune invalidité ne peut être mise en évidence en l'espèce. A noter que même une réduction supplémentaire maximale de 25 % - non justifiée ainsi qu'on vient de le voir - ne permettrait pas d'ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité, puisque dans un tel cas le taux d'invalidité se monterait à 11,6 %.

10. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :	La Présidente :
Janine BOFFI	Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

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