RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1775/2002-2-AI **ATAS/190/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du mardi 30 mars 2004

2ème Chambre

En la cause

Madame F_____, représentée par son époux Monsieur F_____ mais comparant par Monsieur Othman BOUSLIMI en les bureaux duquel elle élit domicile, Recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, 1211 Genève 13 Intimé

Siégeant : Mme Isabelle DUBOIS, Présidente, Mmes Karine STECK et Maya CRAMER, juges.

EN FAIT

1. Madame F_____, née en octobre 1965, d'origine macédonienne, mariée et mère de trois enfants, a travaillé en tant que lingère pour l'entreprise X_____ SA à 60 %, soit 5 heures 30 par jour, 5 jours par semaine. A ce titre, son salaire annuel s'élevait à 20'760 fr. en 1997. Elle exerçait également une activité accessoire comme nettoyeuse auprès de la société Y_____ SA à raison de 2 heures par jours, 5 jours par semaine, pour un salaire horaire de 15 fr. 70 (+8,33 % d'indemnisation pour les vacances). Son salaire annuel global se montait ainsi à 28'924 fr. (20'760 fr. + 8'164 fr.).

2. Le 17 juillet 1997, suite aux douleurs chroniques ressenties au poignet droit, elle a consulté le docteur A_____, chef de clinique du département de chirurgie de la main des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), lequel a diagnostiqué une ostéonécrose aseptique du semi-lunaire (stade III B) au poignet droit ou maladie de KIENBÖCK stade III B. Ce dernier lui a alors proposé une opération chirurgicale afin d'améliorer l'état douloureux du poignet et l'évolution arthrosique.

3. Le 24 novembre 1997, l'assurée a été en incapacité totale de travailler suite à l'opération effectuée le 25 novembre 1997 par le médecin des HUG, laquelle a consisté en une dénervation du carpe associée à une styloïdectomie radiale.

4. Le 12 mai 1998, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie agissant en tant qu'expert pour la SWICA ASSURANCES, assureur maladie de la société X_____ SA, a relevé que l'incapacité totale de travail était justifiée, surtout dans un travail de force comme devait l'effectuer l'assurée. Par la suite, il serait probablement nécessaire de trouver un travail adapté n'exigeant pas trop d'efforts de type répétitif.

5. Le 25 juin 1998, l'expert a derechef examiné l'assurée et a constaté que, sept mois après l'intervention, la main et le poignet droits étaient eutrophiques. Il persistait une limitation fonctionnelle, principalement de la flexion au poignet et la patiente continuait à se plaindre d'une symptomatologie douloureuse invalidante avec irradiation des douleurs à l'effort dans tout le membre supérieur droit. Malgré la persistance des douleurs, les chirurgiens des HUG avaient renoncé à une arthrodèse complète du poignet droit. En ce qui concernait la capacité de travail de l'assuré, ce praticien a estimé qu'elle ne serait plus capable de travailler dans

son ancienne profession de lingère, raison pour laquelle il se justifiait d'annoncer le cas à l'assurance-invalidité en vue d'une recyclage professionnel. L'assurée était capable d'effectuer un travail ne demandant pas d'efforts ou de mouvements répétitifs du poignet droit.

6. Le 13 juillet 1998, l'intéressée à déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) en sollicitant l'octroi d'une rente.

7. Le 27 août 1998, le docteur A_____ a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI et a indiqué que l'état de santé était stationnaire, mais qu'il pouvait être amélioré part une arthrodèse totale du poignet droit. Il a joint plusieurs documents, dont son rapport au médecin-conseil de la SWICA ASSURANCES du 21 août 1998, dans lequel il expliquait que, d'un point de vue clinique et radiologique, l'état de santé était stable et évoluerait de manière fluctuante vers un enraidissement progressif du poignet. Du point de vue professionnel, l'assurée n'était pas en mesure de reprendre une activité de blanchisseuse et la capacité résiduelle de travail était difficilement exploitable.

8. Le 14 décembre 1998, sur requête du docteur C_____, médecin-conseil de L'UNION SUISSE ASSURANCE, assureur maladie de l'entreprise Y_____ SA, le docteur A_____ a estimé que l'assurée devait être capable de travailler deux heures par jour avec un rendement de 100 % pour de petits travaux de nettoyage ou de 50 % pour des travaux plus lourds.

9. Le 7 mai 1999, le docteur B_____ a réexaminé l'assurée et a expliqué que le status était pratiquement superposable à celui de juin 1998. La patiente était capable d'effectuer de petits travaux de nettoyage à 100 %, mais pour les travaux nécessitant de gros efforts, sa capacité de travail était diminuée de 50 %. Le médecin a encore relevé que, vu le contexte social, un recyclage professionnel dans une autre profession lui paraissait difficile, étant donné les méconnaissances de la langue.

10. Le 17 mai 2000, le docteur A_____ a rédigé un rapport concernant les capacités professionnelles dans lequel il a relevé que l'assurée ne pouvait plus exercer son métier de blanchisseuse en raison des exigences que celui-ci impliquait pour le poignet droit mais qu'elle était capable de travailler à 100 % dans une autre profession adaptée telle que manutentionnaire légère, vendeuse ou réceptionniste, avec un rendement diminué de 50 %.

11. Le 18 juillet 2001, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a proposé de mettre l'assurée au bénéfice d'un stage de quatre semaines dans un Centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité (ci-après COPAI) au Centre d'intégration professionnelle (ci-après CIP) afin de déterminer l'activité adaptée permettant d'épargner le poignet droit ainsi que de vérifier la motivation de l'intéressée. Lors de l'entretien du 21 juin 2001, cette dernière ne s'était pas exprimée en français et son mari, présent à l'entretien, avait expliqué qu'elle ne le parlait pas, raison pour laquelle il la représentait. Elle souhaitait trouver une activité adaptée, mais pensait être très limitée et ne voyait pas du tout ce qu'elle pouvait faire.

12. Le 19 décembre 2001, les responsables du CIP ont rédigé un rapport COPAI après le stage effectué par l'assurée du 8 octobre 2001 au 2 décembre 2001. Celui-ci s'était déroulé en deux étapes, soit quatre semaines pour la période de bilan durant laquelle l'intéressée avait été présente, puis quatre semaines pour la période de stage en entreprise durant laquelle elle avait été absente dix-huit jours sur vingt. Les responsables du CIP ont conclu à une capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible théorique de 65 % au minimum dans un emploi adapté, simple et léger tel qu'ouvrière d'usine, dame de buffet (sans contact direct avec la clientèle), contrôleuse de pièces simples ou dans le conditionnement de produits finis. Les principales limitations au reclassement ne relevaient pas de l'assurance-invalidité car elles consistaient en des difficultés d'intégration socioculturelle, une communication extrêmement limitée en français, une brève scolarisation, de la lenteur et de la passivité ainsi qu'en une grande dépendance au mari, lequel décidait à sa place. En outre, la motivation au travail n'était pas suffisante, l'assurée ayant plutôt cherché à mettre en évidence des difficultés plutôt que des capacités, avec d'évidentes incohérences. Aucun projet d'avenir n'avait été ébauché et le contexte familial n'était pas propice à la réelle reprise d'une activité à plein temps (enfants en bas âge). Le docteur D_____, médecin-conseil du COPAI, avait estimé que les conclusions du COPAI étaient probablement pessimistes en raison des difficultés de communication et de l'absence de motivation de l'assurée. Il lui paraissait difficile d'envisager une reprise de travail effective dans la mesure où l'assurée allait certainement continuer à consulter et à réclamer des certificats médicaux.

13. Par décision du 4 mars 2002, l'OCAI a fixé le taux d'invalidité de l'assurée à 10 % et lui a refusé tout droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

14. Par courrier du 3 avril 2002, l'intéressée a interjeté recours contre cette décision par l'intermédiaire de son époux. Elle a contesté l'évaluation de l'invalidité telle

qu'effectuée par l'OCAI en joignant un rapport du docteur A_____ du 26 mars 2002 indiquant que, du point de vue fonctionnel, elle n'était plus en mesure d'exercer une activité lourde quelle qu'elle soit et qu'une réduction de ses capacités de l'ordre de 50 % paraissait réaliste dans une activité légère, compte tenu de la diminution de la force et de la fatigabilité liée aux douleurs chroniques présentées. Le praticien avait encore ajouté que son atteinte à l'intégrité était de 25 % au minimum.

15. Par préavis du 3 juin 2002, l'OCAI a proposé le rejet du recours en relevant que le rapport COPAI était clair et qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter dans la mesure où il résultait d'une observation de l'assurée en situation concrète et réelle sur plusieurs semaines. En outre, les conclusions du COPAI primait sur l'évaluation médico-théorique des médecins, a fortiori sur celle du médecin traitant.

16. Par courrier du 4 juillet 2002, le recourante a sollicité l'avis d'un expert indépendant.

17. Le 15 octobre 2003, le docteur E_____, spécialiste en chirurgie de la main, mandaté en tant qu'expert par l'OCAI, a diagnostiqué une arthrose du poignet due à une ancienne maladie de KIENBÖCK. Si, selon le rapport COPAI, la patiente n'était que partiellement capable de travailler, il estimait quant à lui qu'elle était capable de travailler à 100 %, mais uniquement dans les travaux n'exigeant que de légers efforts de la main droite, comme les activités dans la vente ou le contrôle.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales. Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique, sur les contestations en matière d'assurance-invalidité notamment (cf. art. 56V LOJ). La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie pour juger du cas d'espèce.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI) et de son règlement du 17 janvier 1961(RAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

3. Interjeté en temps utile, le recours est à cet égard recevable conformément aux articles 69 aLAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (aLAVS) alors applicables.

4. Le litige porte essentiellement sur le point de savoir quelle diminution de sa capacité de travail la recourante subit en raison d'une atteinte à sa santé physique et quelle est l'incapacité de gain qui en découle.

4a. L'art. 4 al.1 aLAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumé 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. 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). 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).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V

160 ; VSI 2000, p.154). En outre, lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent 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).

Selon le chiffre 6007 de la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (ci-après CPAI), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), on fait appel aux services du Centre d'observation professionnelle de l'AI (ci-après COPAI) dans des cas particuliers, pour l'examen pratique de la capacité de travail d'un assuré. L'examen effectué par le COPAI concerne avant tout les catégories d'assurés suivantes : les assurés qui se déclarent incapables de travailler et prétendent à une rente mais pour lesquels une réadaptation dans l'économie libre paraît exécutable, compte tenu d'une atteinte à la santé relativement faible et les assurés qui ont une capacité résiduelle de travail (médicalement attestée), mais que l'office AI n'est pas en mesure d'objectiver pour un domaine particulier (p.ex. un domaine voisin de l'activité précédemment exercée).

Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécient librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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 indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF non publié du 1er juillet 2003 en la cause I 167/03). On rappellera encore que la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste d'un centre d'observation de l'assurance-invalidité et d'une clinique universitaire 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, ATFA non publié du 21 août 2002 en la cause I 698/01/Mh consid. 4).

4b. En l'espèce, la recourante estime que l'OCAI n'aurait pas dû se baser sur les conclusions du COPAI pour effectuer le calcul du taux d'invalidité, mais sur celles du docteur A_____, lequel mentionnait une capacité résiduelle de travail de 50 %. Cette manière de voir est erronée.

En effet, le rapport COPAI repose tant sur un avis médical, celui du docteur D_____, médecin-conseil du COPAI, que sur l'observation professionnelle de la recourante durant quelque deux mois, dont un mois afin d'effectuer un bilan des capacités réelles de l'assurée et un mois en entreprise durant lequel elle a cessé de travailler pour cause d'arrêt maladie. A la lecture attentive du rapport, force est de reconnaître que ce dernier est très convaincant, tant en ce qui concerne la personnalité de la recourante, qu'en ce qui concerne les limitations physiques observées. Les responsables ont décrit en détail les activités et travaux qu'elle était en mesure d'effectuer, tout en soulignant qu'il ne semblait pas y avoir de réelle motivation à une quelconque reprise sérieuse du travail. Ils ont également mis en évidence les problèmes rencontrés par l'assurée qui ne s'exprimait quasiment pas en français et rencontrait en outre de sérieux problèmes d'intégration, avec une grande dépendance à son mari. On relèvera encore que la capacité résiduelle de travail de 65 % telle que retenue par les responsables du COPAI correspond à la capacité résiduelle de travail de l'assurée telle que constatée lors du stage en entreprise et non à celle de 75 % constatée lors du premier mois destiné au bilan. Les responsables ont ainsi tenu compte des résultats du stage pratique afin de déterminer la capacité résiduelle de travail. Leur rapport ne prête dès lors pas le flanc à la critique.

C'est le lieu de préciser que l'appréciation du COPAI émane d'une institution de l'assurance-invalidité dont la fonction est de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (« L'instruction des possibilités de gain des personnes prétendant une rente, compte-rendu d'une séance du 10 novembre 1989 consacrée aux problèmes de l'expertise médicale et professionnelle », RCC 1990 p. 59 ss ; Karl ABEGG, « Coup d'œil sur l'activité des centres d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité »; ATFA non publié du 24 octobre 2003 en la cause I 35/03 consid. 4.3). Dès lors, dans la mesure où cette appréciation apparaît globalement exacte et suffisamment proche de celle du médecin en ce qui concerne la capacité de travail résiduelle de l'assuré, qu'elle est motivée et tout à fait convaincante, on ne voit pas pourquoi l'Office intimé aurait dû s'en écarter.

Au vu de ses éléments, c'est à juste titre que l'OCAI a tenu compte d'une capacité résiduelle de travail de 65 % afin d'effectuer le calcul du taux d'invalidité de la recourante. Il reste à vérifier le calcul effectué.

5a. L'article 28 alinéa 1 aLAI prévoit que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est d'un quart si l'assuré présente une invalidité

de 40 pour cent, d'une demie pour une invalidité de 50 pour cent au moins et entière dès 66 2/3 % au moins d'invalidité.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité que l'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 aLAI). 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 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Sont déterminants, lors de la comparaison des revenus au sens de l'article 28 alinéa 2 aLAI, les rapports existant au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente, ainsi que les modifications significatives des données hypothétiques déterminantes survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 128 V 174; ATFA non publiés du 18 octobre 2002 en la cause I 761/01, ATFA non publié du 22 août 2002 en la cause I 440/01).

Le revenu sans invalidité se détermine en général d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé (RCC 1991 page 332). Selon la jurisprudence rendue en matière d'assurance-accidents obligatoire, il se justifie d'englober les gains accessoires dans le revenu sans invalidité en vue de sa comparaison avec le revenu d'invalide, dans la mesure où il est démontré, au stade de la vraisemblance prépondérante, que l'intéressé aurait continué d'exercer l'activité en cause et à en percevoir la rémunération sans l'atteinte à la santé. Il en va ainsi quelle que soit l'importance de cette activité en termes de taux d'occupation et de prestations de travail exigées (RAMA 2000 n° U 400 p. 381 ss, 1989 n° U 69 p. 181 consid. 2c).

Pour chiffrer le revenu d'invalide, on peut se référer, selon la jurisprudence, à ce que l'on appelle des tableaux de salaires. Cette possibilité est retenue en particulier lorsque l'assuré n'a repris, après la survenance de l'atteinte à la santé, aucune activité lucrative du tout ou aucune activité lucrative pouvant être raisonnablement attendue de lui (ATF 124 V 322 ; Pratique VSI 2000 p. 85). En ce qui concerne les tableaux de salaires, les statistiques de l'office fédéral de la statistique, qui distinguent les salaires selon le niveau de qualification, le domaine d'activité et le sexe constituent une source d'information fiable. On se référera alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la

médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323, Pratique VSI 1999 p. 182). Pour les barèmes, on tiendra néanmoins compte du fait que les personnes atteintes dans leur santé et handicapées, même pour l'accomplissement de tâches auxiliaires légères, sont désavantagées en ce qui concerne leur rémunération par rapport aux salariés totalement productifs et pouvant être employés pour le même travail. Aussi, le taux de salaire sera généralement inférieur à la moyenne. Selon l'expérience, on peut dans de tels cas, réduire de 10 à 25 % le salaire indiqué dans le tableau (Pratique VSI 1998 p. 179, p. 296). 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 (ATF 126 V 79 consid. 5b/aa-cc, VSI 2002 p. 70 consid. 4b).

5b. En l'espèce, en ce qui concerne le revenu sans invalidité, la recourante pouvait réaliser en 1997 un gain annuel correspondant à 28'924, selon les attestations de ses précédents employeurs des 27 octobre 1998 et 15 mai 2000. Réactualisé pour 1998, le salaire annuel s'élève à 29'087 fr.

Quant au salaire d'invalide, le salaire mensuel auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur de la production dans le secteur privé en 1996 était de 3'472 fr. par mois compte tenu d'un horaire de travail de 40 heures par semaine (ESS 1996 p. 19, TA3, industries manufacturières 15-37, niveau de qualification 4). Il doit être porté à 3'637 fr. (soit 3'472 fr. : 40 x 41,9), soit 43'643 fr. par an, dès lors que la moyenne usuelle de travail dans les entreprises en 1996 était de 41,9 heures (La Vie Economique 12/2002 p. 88, tableau B 9.2). Réactualisé pour 1998 et compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de 65 %, le revenu que la recourante pouvait réaliser s'élevait ainsi à 28'703 fr.

La déduction à apporter à ce montant peut être fixé en se référant à la jurisprudence du Tribunal fédéral rendue dans des cas similaires. Ainsi, dans le cas d'une personne âgée de 43 ans, sans formation professionnelle et ayant bénéficié d'une scolarité très brève (deux années), un abattement de 10 % a été retenu (ATFA non publié du 16 mai 2003 en la cause I 576/02). Dans un autre cas, le Tribunal fédéral des assurances a procédé à un abattement de 15 % pour tenir compte en particulier de la nationalité étrangère du recourant et de

l'empêchement à effectuer des travaux lourds ou de la nécessité d'alterner les positions assis/debout (ATFA non publié du 30 novembre 2001 I 422/01).

Compte tenu des limitations que présente la recourante (travail léger, manque de formation en entreprise, nationalité, scolarité brève), seul un abattement de 10 % lié au handicap selon la jurisprudence se justifie, ce qui porte le revenu annuel exigible à 25'832 fr.

Le taux d'invalidité ressortant de la comparaison de ces deux revenus est de **11,19 %** (29'087 fr.– 25'832 fr. x 100 : 29'087 fr.). Ce taux ne donne droit à aucune prestation de l'assurance-invalidité. C'est donc à juste titre que l'OCAI a refusé toute prestation à l'assurée.

Au vu de ses éléments, le recours doit être rejeté et la décision de l'OCAI du 4 mars 2002 confirmée.

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. Confirme la décision de l'OCAI du 4 mars 2002.

4. Dit que la procédure est gratuite.

5. 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 qu'elle 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).

Le greffier :	La Présidente :
Pierre RIES	Isabelle DUBOIS

La secrétaire-juriste : Flore PRIMAULT

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