RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/1883/2003** **ATAS/361/2005**

# ARRET

# DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

## 3ème chambre

## du 28 avril 2005

En la cause

**Madame R_____**, mais comparant par Me Jacques EMERY, avocat en l'Etude duquel elle élit domicile.

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Madame Karine STECK , Présidente,**

**Mesdames Juliana BALDE et Doris WANGELER, juges.**

## EN FAIT

1. Madame R_____, ressortissante portugaise née en 1968, est arrivée en Suisse en 1991.

2. Depuis le 1er mars 1998, elle était employée en tant que femme de buffet par le restaurant X_____. Le 4 mars 1998, elle a chuté alors qu'elle portait des bouteilles, ce qui lui a valu une large plaie profonde à la base de son index droit, avec une impotence fonctionnelle complète en flexion et une hypoesthésie dans le territoire du nerf collatéral et radial. Le diagnostic posé a été le suivant : section oblique en zone 2 des fléchisseurs, section du premier inter-osseux dorsal, section de l'artère et du nerf collatéraux radiaux.

3. Le 5 avril 1998, l'assurée a subi une intervention chirurgicale à l'Hôpital cantonal de Genève par le Dr A_____.

4. Au mois de novembre 1998, l'assurée a été licenciée suite à la reprise de l'établissement dans lequel elle travaillait.

5. Dans un rapport du 14 décembre 1998, le Dr A_____ a indiqué que la patiente était encore prise en charge en médecine physique et rééducation. L'incapacité de travail, de 100 %, était en cours d'évaluation, mais une reprise complète et progressive de son ancienne activité devait être possible d'ici la fin de l'année. La patiente avait relativement bien récupéré sa mobilité digitale. Une autre intervention chirurgicale pourrait être prévue si le manque de sensibilité dans le territoire du nerf collatéral radial persistait.

6. A la demande de l'assurance-accidents, le Dr B_____, chirurgien orthopédiste spécialisé en chirurgie de la main, a rendu un rapport d'expertise le 29 avril 1999. Ce médecin a indiqué que jusqu'alors, la capacité de travail de la patiente était certainement compromise, mais qu'une reprise partielle progressive pourrait être envisagée, à raison de 50 % à partir de la fin du moi de mai, puis de 100 % dès la fin du mois de juin ou le début du mois de juillet. Le pronostic était relativement bon, abstraction faite d'hypoesthésie de la face radiale de l'index pouvant engendrer une gêne professionnelle qui était encore difficile à évaluer. D'une façon générale, rien ne s'opposait à la reprise d'une activité professionnelle semblable à celle exercée auparavant.

7. Par décision du 18 juin 1999, l'assureur-accidents a informé l'intéressée qu'il mettrait fin au paiement des indemnités journalières à dater du 1er juillet 1999 tout en continuant à prendre en charge les frais médicaux.

8. Le 9 août 1999, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) visant à une orientation professionnelle et à un reclassement dans une nouvelle profession.

9. Le 24 septembre 1999, le Dr C_____, de la clinique de rééducation de l'Hôpital cantonal, a indiqué que le travail mono-manuel était impossible dans la profession de l'assurée, de sorte que celle-ci ne pourrait plus travailler dans son champ d'activité. Un reclassement professionnel serait indiqué.

10. Invité à se prononcer sur ce rapport, le Dr B_____ a fait savoir à l'assureur-accidents, par courrier du 20 octobre 1999, qu'il y avait peu de changement dans les constatations médicales. Il s'est dit étonné de l'appréciation selon laquelle la capacité de travail serait définitivement compromise dans une activité de serveuse et du fait qu'un reclassement professionnel soit proposé. Le traitement médical ne semblait pas adéquat.

11. Le 25 janvier 2000, l'assurée a subi une petite intervention chirurgicale par le Dr A_____. L'évolution a été favorable et une reprise du travail à 100 % a été prévue pour le 10 février 2000.

12. Le 27 mars 2000, le Dr D_____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive et en chirurgie de la main, a rendu un rapport d'expertise à la demande de l'assurance-accidents. Selon lui, la récupération fonctionnelle avait été extrêmement satisfaisante. Il ne persistait plus qu'un très léger déficit d'enroulement de l'index, une hypoesthésie résiduelle sur le nerf collatéral radial et une cicatrice sensible. Les douleurs du poignet correspondaient très certainement à un kyste mucoïde dorsal radio-scapho-lunaire. Globalement, la main était parfaitement fonctionnelle. Une gêne très limitée pourrait exister dans le métier de serveuse ; toute activité évitant le port de charges était exigible. Une récidive du kyste du poignet était possible, de sorte qu'une intervention pour ablation devait être envisagée. Vu l'état fonctionnel remarquable, le pronostic était bon et une adaptation et accoutumance interviendraient nécessairement.

13. Sur la base de cette expertise, l'assureur-accidents a réformé sa décision du 18 juin 1999 et reconnu l'incapacité de travail du 25 janvier au 10 février 2000. Sa décision sur opposition du 13 juillet 2000 a été confirmée par le Tribunal administratif le 5 décembre 2000 et par le Tribunal fédéral des assurances le 2 juillet 2001.

14. Dans un rapport du 23 janvier 2001, le Dr E_____, spécialiste en chirurgie de la main, a proposé un intervention chirurgicale concernant le kyste en raison des douleurs d'intensité croissante.

15. Dans un rapport à l'attention de l'OCAI daté du 12 novembre 2001, le Dr F_____, médecin traitant, a diagnostiqué un état après traumatisme du poignet droit, un kyste dorsal du poignet droit et des lombosciatalgies non déficitaires. Une

intervention chirurgicale était préconisée pour réséquer le kyste. Les douleurs lombaires intervenaient dans une moindre mesure. Selon le médecin, la capacité professionnelle résiduelle de la patiente ne pourrait être évaluée qu'après l'intervention chirurgicale et la rééducation. En l'état, elle ne pouvait pas reprendre son activité de serveuse.

16. Le 19 novembre 2001, dans un rapport à l'attention de l'OCAI, le Dr E_____ a diagnostiqué un kyste arthro-synovial du poignet droit. Lui aussi a estimé qu'il était trop tôt pour se prononcer sur une réinsertion professionnelle.

17. Le 18 décembre 2001, le Dr B_____ a rendu un rapport suite à un réexamen de l'assurée. Le seul trouble de la santé encore en lien avec l'accident était l'hypoesthésie de l'hémipulpe radiale de l'index droit. Le kyste, qui n'était vraisemblablement pas en lien avec l'accident, mériterait une sanction chirurgicale en prenant quelques précautions.

18. Par décision du 7 février 2003, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que sa capacité de travail en tant que sommelière était réduite, mais que du point de vue médical, une activité professionnelle adaptée à son état de santé était exigible à 100 % sans réduction de rendement. Il ressortait du calcul de comparaison des gains une perte de 15 % qui n'ouvrait pas droit à des prestations. Le département de réadaptation de l'OCAI a été mandaté pour aider l'assurée à trouver une place de travail adaptée à son état de santé.

19. Le 3 mars 2003, l'assurée s'est opposée à cette décision. Le 11 mars 2003, elle a complété son opposition en faisant valoir que les douleurs de la phase dorsale du poignet droit avaient été constatées depuis 1998 et le kyste diagnostiqué en 2000. Aucun document médical ne faisait état d'une capacité de travail à 100 %, ni ne précisait quelle autre profession elle pourrait exercer. Au contraire, il ressortait du rapport du Dr F_____ qu'aucune mesure de reclassement professionnel n'était envisageable avant l'opération du poignet et la rééducation.

20. Consultée dans le cadre de la procédure d'opposition, l'assurance-accidents a expliqué, dans un courrier du 10 avril 2003, qu'elle était en litige avec l'assurée sur la relation de causalité entre le kyste et l'accident de 1998. L'argument de cette dernière soutenant qu'elle ne pouvait pas se faire opérer à la charge de l'assurance-maladie lui semblait infondé, dans la mesure où la coordination entre assureurs fonctionnait selon le principe de l'avance de prestations. L'assurée avait toujours refusé de fournir le nom de sa caisse-maladie, de sorte qu'elle s'était elle-même mise dans la situation de devoir prendre en charge les soins. L'intervention dont il était question n'était pas coûteuse et était en tous les cas exigible. La législation sur l'assurance-maladie prévoyait des quote-part et des franchises modestes, la quote-part de 10 % ne devant d'ailleurs jamais dépasser la somme de 600.- fr. On ne pouvait donc prétendre que la charge financière liée à l'opération justifiait que l'assurée reporte le traitement médical.

21. Par décision du 12 août 2003, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision initiale. Il a relevé que le Tribunal fédéral des assurances avait établi, dans son arrêt du 2 juillet 2001, que la recourante avait recouvré sa pleine capacité de travail au début du mois de juillet 1999, hormis l'épisode d'incapacité du 25 janvier au 10 février 2000. Le rapport d'expertise du Dr D_____ du 27 mars 2000 avait retenu qu'une reprise du travail à 100 % dans son ancien métier ou une occupation équivalente pouvait être admise dès le 1er avril 2000. Selon le rapport du Dr B_____ du 7 mars 2001, on ne pouvait pas retenir de handicap durable, ni d'invalidité. Compte tenu de ces expertises, une intervention chirurgicale n'était pas nécessaire.

22. Par acte du 1er octobre 2003, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant à son annulation, à l'ordonnance d'une nouvelle expertise médicale et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a souligné que le Dr D_____ avait émis une réserve dans son rapport du 27 mars 2000 concernant une éventuelle récidive. Elle a par ailleurs fait valoir que les traitements reçus depuis le 30 juin 1998 n'avaient pas été efficaces, de sorte qu'un kyste s'était développé, que sa capacité de travail était nulle, que l'arrêt du Tribunal fédéral se fondait sur un état médical qui n'était plus d'actualité, le kyste ayant augmenté de volume et les douleurs étant croissantes et qu'une opération du kyste était indispensable avant de déterminer sa capacité résiduelle de travail. Selon elle, l'expertise du Dr B_____ ne serait pas suffisante.

23. Dans son préavis du 4 novembre 2003, l'OCAI a conclu au rejet du recours en alléguant que, selon les pièces médicales au dossier, une intervention chirurgicale n'était pas nécessaire.

24. Par réplique du 15 décembre 2003, l'assurée a rappelé que les médecins avaient tous estimé que sa capacité de travail était réduite en raison d'un kyste que seule une opération chirurgicale permettrait de réséquer. Elle a protesté contre le fait que l'OCAI ne l'ait jamais fait examiner par un expert indépendant.

25. Dans sa duplique du 29 janvier 2004, l'OCAI a persisté dans ses conclusions.

26. Les parties ont persisté à nouveau dans leurs conclusions au cours d'un dernier échange d'écriture les 16 février et 11 mars 2004, après quoi la cause a été gardée à juger par le Tribunal de céans.

## 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. Le Tribunal cantonal des assurances sociales statue, en instance unique, sur les contestations relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 notamment (art. 56V al. 1 let. a LOJ).

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

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce reste toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel, en cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 127 V 467, consid. 1 ; 126 V 166).

   En matière de procédure toutefois, les dispositions de la LPGA s'appliquent à tous les cas dès son entrée en vigueur.

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

4. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité au sens de la présente loi 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 qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent 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.

5. 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).

   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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références; VSI 2000 p. 154 consid. 2c).

   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.

   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).

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). En revanche, si le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

Pour le surplus, 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 (ATFA non publié du 21 août 2002 en la cause I 698/01 ; ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

6. Enfin, selon la jurisprudence, il existe un principe général valable en matière d'assurance-invalidité, selon lequel, un assuré doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi l'assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, même sans réadaptation, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et elle prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (art. 10 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (cf. art. 31 al. 2 dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; ATF 113 V 28 consid. 4a et les références). Il y aura également lieu de prendre en compte les cas où les dispositions prises par l'assuré doivent être considérées, vu les circonstances, comme nettement déraisonnables ou abusives (ATF 113 V 31 consid. 4d; ATFA non publié du 30 août 2004 en la cause I 10/03 ; ATFA non publié du 23 novembre 2004 en la cause I 106/04)

7. En l'espèce, la recourante sollicite préalablement la mise en œuvre d'une « expertise médicale aux fins de dire si elle souffre d'une incapacité de travail ». Cependant, la situation médicale de l'assurée a déjà fait l'objet de plusieurs expertises et le dossier contient l'avis de nombreux spécialistes. Cet aspect a fait l'objet d'investigations suffisantes et la mise en œuvre d'une expertise ne se justifie pas. Le fait que la recourante doive se faire opérer du kyste qui la gêne découle du dossier et n'est pas contesté. Autre est la question, dans le cadre de l'assurance-invalidité, des répercussions de ce kyste sur sa capacité de travail.

8. Suite à son accident du mois d'avril 1998, l'assurée a été examiné par deux experts à la demande de son assureur-accidents, soit les Drs B_____ et D_____.

   En avril 1999, une année après l'accident, le Dr B_____ a relevé qu'une reprise partielle progressive pouvait très bien être envisagée à 50 % à la fin du moi de mai, puis à 100 % à la fin du mois de juin ou au début du mois de juillet. Le pronostic était relativement bon, hormis une hypoesthésie de la face radiale de l'index, dont la gêne professionnelle était encore difficile à évaluer. D'une façon générale, rien ne s'opposait à la reprise d'une activité professionnelle semblable à celle qu'elle exerçait auparavant.

   En mars 2000, le Dr D_____ a conclu que la récupération fonctionnelle avait été extrêmement satisfaisante. Les douleurs du poignet correspondaient très certainement à un kyste mucoïde dorsal radio-scapho-lunaire. Globalement, la main était parfaitement fonctionnelle. Une gêne très limitée pourrait exister dans le métier de serveuse et toute activité évitant le port de charges serait possible. Une récidive du kyste du poignet était possible, de sorte qu'une intervention pour ablation devait être envisagée. Vu l'état fonctionnel remarquable, le pronostic était bon et une adaptation et accoutumance interviendraient nécessairement.

   Par la suite, un litige est survenu entre les médecins sur les raisons de l'apparition du kyste et son lien de causalité avec l'accident du mois d'avril 1998, question qui est à l'origine du litige entre la recourante et son assurance-accidents. L'existence même du kyste sur le poignet et la nécessité de le réséquer n'est pas source de conflit entre ces spécialistes, dont les conclusions sont pratiquement identiques, sur les points intéressant l'assurance-invalidité. Ainsi que l'a souligné le TFA dans son arrêt du 2 juillet 2001, les conclusions du Dr B_____ sur la capacité de travail ne sont pas contredites par le Dr D_____.

   Les rapports d'expertise des 29 avril 1999 et 27 mars 2000 constituent les pièces médicales les plus détaillées du dossier. Ces rapports se fondent sur une étude attentive du dossier, prennent en considération la situation médicale de l'assurée dans son ensemble, aussi bien objectivement que subjectivement. Pour rendre leurs conclusions, les spécialistes ont effectué divers examens, pris en considération les plaintes émises par l'assurée et acquis une pleine connaissance de l'anamnèse. Leurs conclusions sont dûment motivées. Les rapports respectent en tous points les

exigences posées par la jurisprudence citée ci-dessus et il y a lieu en conséquence de leur attribuer une pleine valeur probante.

Le seul point de désaccord entre ces spécialistes porte sur le lien de causalité entre l'accident et la survenance du kyste, qui n'intéresse pas l'assurance-invalidité, contrairement à ce que semble penser la recourante, qui fait de ce kyste son principal argument pour l'obtention d'une rente en déclarant que tant qu'il subsistera, elle restera en incapacité totale de travailler. Or, elle ne saurait être suivie sur ce point.

Certes, les rapports médicaux versés au dossier démontrent que l'existence de ce kyste la gêne dans l'exercice d'une activité lucrative. Mais il ressort également du dossier que l'assurée refuse délibérément de procéder à l'opération de ce kyste depuis plusieurs années, considérant que cette opération doit être à la charge de son assureur-accidents, avec lequel elle est en litige. On notera à ce sujet qu'elle a déjà été désavouée par le TFA en juillet 2001 et que la procédure en cours ne l'empêchait nullement de procéder à l'opération par le biais de son assurance-maladie, quitte à obtenir par la suite un remboursement de l'assureur-accidents au cas où elle obtiendrait gain de cause. Une telle manière de procéder lui aurait permis de retrouver la pleine capacité de travail dont il est question dans les expertises des Drs B_____ et D_____ depuis plusieurs années déjà. En ce sens, on doit donc en conclure qu'elle a grossièrement violé le principe général d'obligation de réduire le dommage par tous les moyens à sa disposition, même au prix d'un effort considérable. Compte tenu du fait que son état de santé ne s'est pas modifié depuis les expertises des Drs B_____ et D_____ à part l'aggravation du kyste, sa capacité de travail devra donc être évaluée en en faisant abstraction et en se basant sur les rapports de ces experts uniquement.

En conclusion, l'assurée doit être considérée comme capable de reprendre son activité de serveuse à plein temps.

9. Vu ce qui précède, il y a lieu de retenir que la recourante ne présente aucune invalidité. Le recours est donc 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