REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2060/2007 **ATAS/1094/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 9 octobre 2007

En la cause

Madame B_____, domiciliée , 1218 Grand-Saconnex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BOILLAT Claude-Alain	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame B_____, née le 1963, d'origine portugaise, vivant à Genève depuis août 2003, a exercé depuis le 1er janvier 2005 une activité de nettoyeuse à raison de quatre heures par jour chez X_____ Services Sàrl. Elle a été victime d'un accident domestique le 20 juin 2005, au cours duquel elle s'est tranché plusieurs doigts de la main droite avec une scie circulaire alors qu'elle coupait de la viande. Elle a ainsi subi des plaies profondes, des coupures de tendons et des fractures ouvertes des phalanges 2 à 5. L'évolution a été compliquée par une dystrophie de Sudeck, apparue en novembre 2005.

2. Le Dr A_____, chef de clinique au service de rééducation de l'Hôpital cantonal, interrogé par la SUVA, a, le 17 janvier 2006, confirmé que l'assurée avait souffert d'une fracture comminutive diaphyso-épiphysaire P3-D4 à droite avec perte de substance dorsale et arrachement de l'ongle et d'une plaie cutanée P3-D3 à droite face ulnaire le 20 juin 2005. Il explique que la patiente a subi à sa main droite un délabrement important avec reconstruction de la pulpe, ablation de l'ongle et arthrodèse IPD-D4 plus suture plaie R3 à droite, qui présente depuis des douleurs invalidantes ne cessant à aucun traitement, compliquées d'algoneurodystrophie. Le Dr A_____ a suggéré que la patiente soit hospitalisée à la Clinique CRR à Sion (cf. également rapport du 10 novembre 2005) pour un bilan global.

3. L'assurée a déposé le 8 juin 2006 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (ci-après l'OCAI) visant à l'octroi d'une rente.

4. Dans un rapport du 1er juillet 2006, le Dr B_____, médecin généraliste traitant, a indiqué que sa patiente souffrait de la maladie de Sudeck à la main droite suite à une fracture multifragmentaire de la troisième phalange du quatrième rayon. Il a précisé que l'assurée avait développé une dépression grave et qu'elle était suivie par le Dr C_____, psychiatre. Il considère que sa patiente est totalement incapable de travailler depuis l'accident survenu le 20 juin 2005, la maladie de Sudeck l'empêchant de reprendre un quelconque emploi. Il précise à cet égard qu'elle ne peut toujours pas plier les doigts pour saisi un objet, en raison des douleurs.

5. L'assurée a été examinée par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. De son rapport daté du 3 mai 2006, il ressort que "nous nous trouvons actuellement dans une situation catastrophique avec une exclusion fonctionnelle du membre supérieur droit dont l'importance n'est absolument pas expliquée par les conséquences directes de l'accident. Il y a également une extension importante de la symptomatologie avec plainte touchant le membre supérieur controlatéral et les membres inférieurs. Cette situation est de mauvais pronostic, l'installation d'un processus d'invalidation étant en cours. Ceci est confirmé par l'examen psychiatrique. Étant donné l'échec des

mesures ergothérapique et physiothérapique ambulatoires, la probabilité d'une efficacité lors d'une hospitalisation est très faible. Les modalités d'approche psychiatrique sont limitées et ne rendent pas une hospitalisation nécessaire. Sur le plan somatique uniquement, la situation est stabilisée".

Le Dr D_____ a considéré qu'une réduction des capacités de préhension dans des travaux lourds demandant une force maximale de la main droite peut être acceptée. Il en va de même pour certains travaux de précision rendant nécessaire l'utilisation de l'annulaire (cf. rapport du 26 juin 2006).

Le Dr E_____, psychiatre conseil de la SUVA, a déclaré avoir l'impression que l'assurée n'a ni su faire face ni réussi à s'adapter à l'accident vécu en juin 2005. Elle a été d'emblée marquée par cet accident qui a été très impressionnant pour elle mais également par la suite par l'aspect séquellaire du traumatisme. L'impression générale dégagée par cette situation est une évolution claire vers un tableau de régression et de chronicisation autour d'une symptomatologie organique avec probablement associé un vécu traumatique psychogène au départ. Le médecin a relevé que le contexte familial était décrit comme favorable, que l'assurée est très soutenue par son mari, lui-même accidenté, et que ses deux filles la remplacent actuellement dans les tâches ménagères. L'assurée ne fait quasiment plus rien, tellement elle est handicapée. Le Dr E_____, constatant qu'elle ne mobilise plus du tout sa main droite, ni son bras droit qu'elle n'arrive plus actuellement à lever et où l'on observe une importante amyotrophie, suggère que "la réalité" de son comportement soit vérifiée dans un milieu si possible hospitalier sur un certain nombre de semaines.

6. Par courrier du 26 juillet 2006, la SUVA a informé l'assurée qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident et qu'elle mettait dès lors fin au paiement des soins médicaux. L'indemnité journalière lui serait toutefois encore allouée jusqu'au 31 août 2006 sur la base d'une incapacité de travail de 100%. L'assurée était dès le 1er septembre 2006 considérée comme apte au travail dans la plus forte mesure possible.

7. Le Dr C_____ a, dans un rapport du 12 octobre 2006, posé les diagnostics suivants : état de stress post-traumatique après l'accident survenu en juin 2005, fort risque de chronicisation et d'évolution vers une modification durable de la personnalité, syndrome douloureux somatoforme persistant et épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis juin 2005. Il a estimé l'incapacité de travail à 100% depuis le jour de l'accident, précisé que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et qu'il ne pouvait pas envisager une reprise d'activité ni à court ni à moyen terme.

   Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, le Dr C_____ a décrit plusieurs symptômes et signes, tels que nervosité,

anxiété, peur, insomnie, cauchemar, transpiration, palpitation, évitement (séquelle chronique), douleurs intenses persistantes généralisées (muscles, articulations jambes), diminution de l'intérêt, fatigabilité, tristesse, perte de motivation, insomnie, réveil précoce, perte de l'appétit. Il n'a pas pu encore dire si sa patiente présentait ou non un trouble de la personnalité, considérant qu'il y avait un risque d'évolution, et que la réponse ne pouvait être donnée qu'en juin 2007. Il a indiqué que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale influençaient légèrement l'affection actuelle, la situation familiale étant difficile, les deux conjoints accidentés avec des enfants à charge. Il a ajouté que l'assurée souffrait d'un état de stress post-traumatique ainsi que de séquelles physiques et psychologiques ; ces troubles influençant de façon importante l'affection actuelle, puisqu'il existe un risque d'évolution vers une modification durable de la personnalité et d'une chronicisation de son état dépressif. L'incapacité de travail est due aux affections physique ou mentale uniquement et le taux d'incapacité de travail est de 100%.

8. Invité à se déterminer, le Dr F_____, généraliste, du SMR, a dans une note du 5 mars 2007, considéré que :

   "Le manque d'usage du membre supérieur droit entraine une amyotrophie : une algodystrophie fait mal et donc peut limiter l'usage du membre temporairement (en général le Sudeck s'améliore en un à deux ans). Ici, la situation a évolué favorablement du point de vue somatique : on peut donc suivre l'avis de la SUVA, à savoir une capacité de travail de 100% dans un poste adapté au moins depuis juin 2006. Idem en ce qui concerne le ménage.
   S'il y a un état dépressif avec somatisation, alors il exclut un syndrome somatoforme douloureux. Par ailleurs, les critères pour un état de stress post-traumatique ne sont pas remplis car un tel accident (se couper l'extrémité du doigt est quand même un risque prévisible lorsqu'on utilise un tranchoir à viande !) n'est pas un accident exceptionnellement grave. Il en va de même pour un changement de personnalité. Dès lors, la crédibilité du rapport du Dr C_____ peut être fortement mise en doute. Par contre, le psychiatre de la SUVA a estimé que le trouble dépressif était de gravité moyenne ; il ne représente donc pas une cause d'incapacité de travail durable. Dossier présenté à la Dresse G_____, psychiatre du SMR".

9. L'OCAI a communiqué à l'assurée le 21 mars 2007 son projet de décision, selon lequel sa demande était rejetée.

10. Par décision du 25 avril 2007, l'OCAI a confirmé ce rejet. Il a considéré que l'accident subi ne saurait justifier l'exclusion fonctionnelle complète du membre supérieur droit ni le syndrome douloureux ; que sa capacité de travail pouvait être de 100% dans son activité lucrative, ainsi que dans les travaux habituels ménagers, au moins depuis juin 2006, pour autant qu'elle évite les travaux lourds et les travaux fins demandant l'aide de l'annulaire. L'OCAI, se fondant sur le rapport du

psychiatre de la SUVA, a jugé que le trouble dépressif dont elle souffrait était de gravité moyenne et ne représentait pas une cause d'incapacité durable de travail.

11. L'assurée, représentée par Maître Claude-Alain BOILLAT, a interjeté recours le 28 mai 2007 contre ladite décision. Elle reproche à l'OCAI de ne pas s'être rendu compte qu'elle ne pouvait plus utiliser sa main droite, alors qu'elle est droitière, et qu'elle ne bénéficiait pas des connaissances de base nécessaires pour entreprendre une nouvelle formation ou exercer une profession autre que manuelle. Elle rappelle que selon tous les rapports médicaux établis depuis l'accident, elle a perdu la fonctionnalité de sa main par suite notamment du développement de la maladie de Sudeck, qu'elle présente également des troubles dépressifs marqués, de sorte qu'elle n'a pu reprendre son activité professionnelle chez X_____ SERVICES Sàrl et n'a pu non plus continuer de s'occuper des tâches ménagères quotidiennes. Elle conclut dès lors à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

12. Dans sa réponse du 26 juin 2007, l'OCAI relève que le rapport du Dr C_____ ne remplit pas les critères pour se voir reconnaître une pleine valeur probante dans la mesure où les diagnostics retenus doivent en réalité être exclus. Il se fonde dès lors sur les rapports du Dr D_____ et E_____, tout deux mandatés par la SUVA. Il considère que ces deux médecins ont fait état de manière complète de la situation médicale de l'assurée, qu'ils ont déterminé précisément les limitations fonctionnelles prenant en compte les plaintes de l'assurée, et doivent de ce fait se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'OCAI conclut en conséquence au rejet du recours.

13. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2;

169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 25 avril 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2005, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité.

5. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

   Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

   Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

   Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain

que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. Lors 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, et la jurisprudence citée).

   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, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

7. En vertu de l’art. 27bis al. 1 RAI, l’invalidité des assurés qui n’exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon l’art. 28 al. 2 LAI (en vigueur jusqu’au 31 décembre 2002). S’ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels au sens de l’art. 5 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu’au 31 décembre 2002), l’invalidité est fixée selon l’art. 27 RAI pour cette activité. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l’activité lucrative et celle de l’accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d’invalidité d’après le handicap dont l’assuré est affecté dans les deux activités en question (méthode mixte d’évaluation de l’invalidité). Ainsi, il faut évaluer d’une part l’invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d’autre part l’invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 al. 2 LAI) ; on pourra alors déterminer l’invalidité globale d’après le temps

consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide ; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs. La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 395 consid. 3.3 et les références, 104 V 136 consid. 2a).

8. Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 119 V 470 consid. 2b, 116 V 249 consid. 1b et les arrêts cités ; ATFA non publiés du 16 juin 2005, I 425/04 et U 174/04).

   En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

   Une appréciation divergente ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 50/04).

9. En l'espèce, l'OCAI a nié le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité, considérant que sa capacité de travail était de 100% dans son activité de nettoyeuse, ainsi que dans les tâches ménagères, pour autant qu'elle évite les travaux lourds et les travaux fins nécessitant l'utilisation de l'annulaire. L'OCAI s'est fondé sur les rapports des médecins de la SUVA et a considéré que l'assurée était apte à reprendre une activité adaptée depuis juin 2006.

10. Il y a toutefois lieu de rappeler que les conclusions du Dr D_____ sont essentiellement fondées sur le fait qu'il n'y a plus à ce moment-là de lien de causalité entre l'exclusion fonctionnelle du membre supérieur droit que présente encore l'assurée et les conséquences directes de l'accident. Il s'agit-là d'un critère dont l'assurance-invalidité n'a pas à tenir compte.

11. Quoi qu'il en soit, le Dr D_____ ne fixe pas précisément de taux d'incapacité de travail. Il a seulement admis une réduction des capacités de préhension dans des travaux lourds et l'impossibilité d'exécuter certains travaux de précision rendant nécessaire l'utilisation de l'annulaire.

    On peut en conclure que, selon ce médecin, l'assurée présente une certaine incapacité de travail dans son activité antérieure de nettoyeuse mais peut exercer une activité ne nécessitant ni force de préhension de la main, ni utilisation de l'annulaire.

    Le Dr A_____ s'est borné à indiquer, en janvier 2006, que l'assurée souffrait depuis son accident de douleurs invalidantes ne cessant à aucun traitement, compliquées d'algoneurodystrophie.

    Le Dr B_____ a quant à lui estimé que la maladie de Sudeck empêchait sa patiente de reprendre un quelconque emploi.

    Il appert par ailleurs du rapport du Dr E_____ que l'assurée n'assume quasiment aucune tâche ménagère, en raison de son handicap à la main droite.

12. Il y a lieu de constater que l'on ne saurait soutenir, au vu de ce qui précède, que l'assurée peut reprendre son activité de nettoyeuse, laquelle exige nécessairement une importante force de préhension de la main droite, pour une droitière. Une capacité de travail dans une activité adaptée (capacité de préhension et utilisation de l'annulaire) pourrait vraisemblablement être envisagée, aucune investigation n'a cependant été faite à cet égard par le service de réadaptation professionnel, qui n'a au demeurant pas été mandaté. Aucune comparaison des gains n'a été effectuée afin de calculer le degré d'invalidité. Aucune enquête ménagère n'a à cet égard été menée, alors que le cas de l'assurée a été traité, ce à juste titre, comme celui d'une ménagère mixte.

13. S'agissant de la situation psychique, le Dr F_____ considère que la crédibilité des conclusions du Dr C_____ doit être fortement mise en doute, dans la mesure où, d'une part, le médecin psychiatre de la SUVA a estimé que le trouble dépressif dont souffrait l'assurée était de gravité moyenne et où, d'autre part, l'accident survenu n'est pas "exceptionnellement grave", le risque de se couper l'extrémité d'un doigt étant prévisible lorsqu'on utilise un tranchoir à viande.

Quand bien même le Dr C_____ ne partagerait pas l'avis du Dr H_____, une divergence d'opinions n'implique pas nécessairement que l'un ou l'autre des rapports soient dépourvus de toute valeur probante.

Il convient au contraire d'examiner si les critères développés par la jurisprudence et relatifs à la valeur probante des rapports médicaux sont ou non réalisés. Or, force est de constater que le rapport du Dr C_____ tient compte de l'anamnèse et des plaintes de l'assurée, comporte une appréciation de la situation psychiatrique claire et fait état de conclusions dûment motivées. Il a ainsi valeur probante.

Il est vrai toutefois que le Dr C_____ est le médecin traitant et qu'il faut être de ce fait plus circonspect quant à son appréciation de la capacité de travail.

14. Toujours est-il que tant le Dr E_____ que le Dr C_____ ont diagnostiqué chez l'assurée un épisode dépressif moyen. Les deux médecins ont fait état de constatations similaires, l'un déclarant que l'assurée a été "marquée par cet accident qui a été très impressionnant pour elle" (Dr E_____) et le second qu'elle souffre d' "un état de stress post-traumatique" (Dr C_____).

Le Dr C_____ a retenu un trouble somatoforme douloureux. Ce diagnostic a cependant été écarté par le Dr F_____, au motif qu'il y a état dépressif avec somatisation. Cette conclusion est d'autant plus étonnante que le Dr E_____ décrit également "un tableau algique qui s'est généralisé depuis à l'ensemble du corps", ce qui conduirait à admettre l'existence d'un trouble somatoforme douloureux.

Le Dr C_____ a évoqué un fort risque de chronicisation et le psychiatre-conseil de la SUVA une évolution claire vers un tableau de régression et de chronicisation autour d'une symptomatologie organique.

Le Dr C_____ a évalué le taux d'incapacité de travail dans sa profession à 100%, et, contrairement à ce qu'a rapporté le Dr F_____ dans sa note du 5 mars 2007, le Dr E_____ ne s'est pas prononcé.

Force est ainsi de constater que les avis des deux psychiatres sont en réalité complémentaires et en aucun cas contradictoires.

En résumé, l'assurée souffre d'un épisode dépressif moyen, d'un éventuel état de stress post-traumatique et vraisemblablement d'un trouble somatoforme douloureux. S'il est vrai qu'un état dépressif moyen ne saurait justifier l'octroi de prestations AI, tel peut cependant être le cas d'un trouble somatoforme douloureux, s'il remplit les conditions jurisprudentielles.

15. Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a, en principe, le choix entre deux solutions, soit renvoyer la

cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

16. Il y a dès lors lieu d'admettre partiellement le recours en ce sens que la cause est renvoyée à l'OCAI pour instruction complémentaire puis nouvelle décision.

    Il appartiendra à l'OCAI de déterminer si l'assurée souffre ou non d'un trouble somatoforme douloureux invalidant au regard de la LAI, de définir le taux de capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, le cas échéant, son degré d'empêchement à accomplir les travaux ménagers, et de procéder à la comparaison des gains, après avoir retenu un abattement suffisant pour tenir compte de ses limitations.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et renvoie la cause à l'OCAI dans le sens des considérants.

3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.

4. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 800 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.

5. 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
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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