

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1916/2012

ATAS/966/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 octobre 2013

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame M _____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Luc MARSANO

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis Rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBA et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1964, mariée, originaire de Bosnie-Herzégovine, est venue en Suisse en 1992 pour rejoindre son mari. Elle a exercé une activité dans des travaux de nettoyage, à 60 % depuis le début de l'année 2002. A compter du 1^{er} octobre 2003, l'assurée a travaillé comme manutentionnaire chez X_____ SA à Genève, à raison de 8 heures et demie par jour, soit un salaire de 3'050 fr. par mois depuis 2005.
2. Depuis 2004, l'assurée a présenté diverses périodes d'arrêt de travail qui ont finalement abouti à un licenciement en date du 7 mars 2006.
3. L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 24 novembre 2006, visant à l'octroi d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession ou d'une rente.
4. Selon le dossier médical de l'assureur perte de gain, l'assurée a été mise en arrêt de travail à diverses reprises en 2005 et 2006, en raison d'un épisode dépressif majeur avec symptômes somatiques.
5. Dans un rapport du 15 janvier 2007 à l'attention de l'OAI, le Dr A_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie du Département de psychiatrie des HUG, a diagnostiqué des troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère, existant depuis 2005, entraînant une incapacité de travail de 100% depuis septembre 2005. L'assurée avait été suivie au Centre de thérapies brèves des Pâquis du 7 juin au 9 août 2006, où elle avait bénéficié d'un programme de crise avec suivi individuel et groupal, mais elle était restée très blessée par les événements survenus au travail. On ne pouvait en aucune façon imaginer un retour dans le même type de travail. Néanmoins, le Dr A_____ a indiqué que des modifications de traitement étaient en cours et qu'éventuellement, en fonction de l'évolution, il serait possible ultérieurement d'envisager un retour partiel dans le monde professionnel. Dans son rapport du 23 mai 2007, le Dr A_____ a précisé que du point de vue strictement psychique, la capacité de travail de l'assurée n'avait pas évolué et qu'elle restait pour l'instant « de zéro ». Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, qui étaient essentiellement psychiques et caractérisées par une aboulie et une anhédonie, la capacité de travail pourrait éventuellement être augmentée après des mesures de réadaptation. Il était pour l'instant trop tôt pour prévoir une date à partir de laquelle l'assurée pourrait mettre à profit sa capacité de travail résiduelle. Des mesures de réhabilitation et de réadaptation pourraient l'aider à pouvoir utiliser cette capacité résiduelle, actuellement non exploitable. L'assurée était au bénéfice d'entretiens psychiatriques-psychothérapeutiques bimensuels, d'ergothérapie ambulatoire et d'un traitement médicamenteux. Elle était restée

réticente à une tentative d'introduction d'activités de remobilisation. Ces activités pourraient être faites en atelier protégé.

6. L'OAI a ordonné une expertise psychiatrique de l'assurée et a mandaté le Dr B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 5 mars 2008, l'expert n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail, mais un épisode dépressif léger sans syndromes somatiques présent depuis 2005, sans influence sur la capacité de travail. Selon l'expert, la capacité de travail était totale du point de vue psychiatrique.
7. Par décision du 28 avril 2008, l'OAI a notifié à l'assurée une décision de refus de prestations, se référant à l'expertise effectuée par le Dr B_____.
8. Le même jour, FORUM SANTE s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assurée et a informé l'OAI qu'élection de domicile était faite en ses bureaux. Selon l'assurée, l'OAI ne lui avait pas remis son dossier, malgré une demande orale, puis écrite, si bien qu'elle n'avait pas pu exercer son droit d'être entendue. Elle sollicitait en conséquence le plus rapidement possible de l'OAI la communication de l'entier de son dossier la concernant et un nouveau délai pour faire part de ses remarques. Elle contestait d'ores et déjà les conclusions de l'OAI.
9. Dans un rapport du 24 avril 2008, reçu par l'OAI le 30 avril 2008, la Dresse C_____, de la consultation de psychiatrie des Pâquis, a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire, que l'évolution était peu favorable et que même si l'assurée pouvait montrer une légère amélioration de sa thymie, elle demeurait très figée dans une symptomatologie dépressive résiduelle, avec une aboulie et un apragmatisme au premier plan, une difficulté à sortir de chez elle et à investir des relations interpersonnelles. En l'état, sa capacité de travail demeurait nulle. La mise en place d'un projet de réhabilitation à travers un cadre de travail protégé pourrait dans un second temps améliorer sa capacité de travail.
10. Par l'intermédiaire de sa mandataire, l'assurée a interjeté recours en date du 9 juin 2008, invoquant notamment la violation de son droit d'être entendue.
11. Par arrêt du 19 novembre 2008, le Tribunal cantonal des assurances sociales a admis le recours pour violation du droit d'être entendu et renvoyé la cause à l'OAI afin qu'il rende une nouvelle décision (ATAS/1329/2008).
12. Dans un rapport du 11 mai 2009, la Dresse D_____, médecin interne auprès du Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), a indiqué que l'assurée était suivie à la consultation depuis août 2006 pour un trouble dépressif récurrent, que depuis deux mois, malgré un traitement, l'on se trouvait face à un épisode dépressif sévère avec retrait social plus important, une aboulie, une anhémodie, un sentiment de culpabilité, d'incapacité et des troubles du

sommeil, une présence d'idées suicidaires fluctuantes et d'épuisement de l'assurée et de l'entourage, ayant nécessité la mise en place d'un suivi plus intensif au Centre de thérapies brèves, en structure semi-hospitalière.

13. Par décision du 26 mai 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, se fondant sur l'expertise du Dr B_____.
14. Par arrêt du 26 août 2009 (ATAS/1044/2009), le Tribunal cantonal des assurances a admis le recours interjeté par l'assurée et renvoyé la cause à l'OAI, pour instruction complémentaire sous forme d'une nouvelle expertise et nouvelle décision.
15. Mandatée par l'OAI, la Dresse E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a expertisé l'assurée. Dans son rapport du 16 mars 2010, l'expert a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant, présent depuis 2006 et un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (épisode dépressif léger de septembre 2005 à avril 2009 ; épisode dépressif moyen de mai 2009 jusqu'à ce jour), sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Dans la discussion du cas, l'expert explique que le nombre et l'intensité des signes et symptômes présents permettent d'apprécier la sévérité d'un épisode dépressif, à savoir léger (5 symptômes), moyen (6 symptômes) et sévère (7 ou plus de symptômes). Selon les éléments décrits par la Clinique Genevoise de Montana où l'assurée a été hospitalisée du 13 mars 2006 au 2 avril 2006, l'épisode dépressif devait être considéré comme moyen, sans syndrome somatique, de même qu'en 2007 et 2009. Depuis septembre 2005, l'assurée avait traversé un épisode dépressif unique et non récurrent, aucune période de rémission n'ayant entrecoupé les épisodes dépressifs. Selon l'expert, les diagnostics retenus entraînaient comme limitations une anhédonie, une thymie abaissée, une diminution de l'énergie vitale, une perte de la confiance en soi, un abaissement du seuil douloureux, une diminution des capacités d'adaptation et d'apprentissage qui interfèrent à hauteur de 30 % dans une activité simple. La capacité de travail résiduelle était de 70 % depuis avril 2009.
16. Par décision du 27 septembre 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, motif pris qu'elle présentait une capacité de travail de 70 % depuis le 1^{er} mai 2009, soit un degré d'invalidité de 30 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente.
17. Par acte du 26 octobre 2010, l'assurée a interjeté recours contre la décision précitée. Elle contestait présenter une capacité de travail de 70 % et a produit copie du résumé du séjour effectué du 2 au 12 août 2010 à l'Unité hospitalière Sillons 2 des HUG ainsi que d'un certificat médical de la Clinique genevoise de Montana du 4 octobre 2010. Elle concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
18. Dans sa réponse du 24 novembre 2010, l'OAI s'est référé à l'avis du SMR du 24 novembre 2010, aux termes duquel selon les pièces produites il y avait aggravation de l'état psychique de l'assurée sans qu'il lui soit possible de se prononcer sur la

durabilité de cette aggravation, celle-ci ayant été sortie de la clinique de Belle-Idée en raison de sa non collaboration. Le SMR estimait qu'il conviendrait d'obtenir des renseignements des médecins qui suivent l'assurée et notamment du psychiatre traitant.

19. Par arrêt du 6 avril 2011 (ATAS/360/2011), le Tribunal cantonal des assurances a admis le recours interjeté par l'assurée et renvoyé la cause à l'OAI, pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
20. Sur requête de l'OAI, le Dr F _____, médecin interne du Département de santé mentale et psychiatrie des HUG, a rendu le 2 septembre 2011 un rapport intermédiaire dans lequel il a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé. Il a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline et une somatisation comme ayant une influence négative sur la capacité de travail de l'assurée depuis environ cinq ans. L'évolution était lentement défavorable avec une intensification des symptômes anxio-dépressifs et un risque suicidaire plus élevé.
21. Par avis du 22 septembre 2011, le Dr G _____ du SMR a indiqué que le rapport intermédiaire du 2 septembre 2011 du Dr F _____ ne permettait pas de se prononcer sur l'intensité de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis l'expertise du 16 février 2010 de la Dresse E _____. Il était par conséquent nécessaire de demander un complément d'expertise pour évaluer la capacité de travail à compter de cette date.
22. Par courrier du 30 septembre 2011, l'assurée s'est opposée à ce que l'expertise soit confiée à la Dresse E _____. Selon elle, cet expert manquait d'indépendance en raison des mandats réguliers que l'OAI lui confiait. En outre, elle souhaitait que l'expert maîtrise sa langue maternelle afin de pouvoir mieux communiquer avec lui et d'affiner le diagnostic.
23. Par courrier du 13 octobre 2011, l'OAI a maintenu la désignation de la Dresse E _____ et rappelé à l'assurée son devoir de collaborer à l'instruction.
24. Par courrier du 25 octobre 2011, l'assurée a maintenu sa position et transmis le nom de trois médecins "spécialisés en médecine psychiatrique" maîtrisant sa langue maternelle.
25. Par courrier du 26 octobre 2011, l'OAI a refusé de donner suite à la demande de l'assurée, étant précisé que la Dresse E _____, assistée d'un interprète, devait simplement réaliser un complément d'expertise et non une nouvelle expertise.
26. Dans son complément d'expertise du 22 décembre 2011, la Dresse E _____ VIRET a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant, présent

depuis 2006, un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (épisode dépressif léger de septembre 2005 à avril 2009 ; épisode dépressif moyen d'avril 2009 à fin 2010 ; épisode dépressif léger depuis début 2011) et un trouble du comportement alimentaire type BED (Binge Eating Disorder), présent depuis plusieurs années, sans répercussion sur la capacité de travail. Dans la discussion du cas, la Dresse E_____ relève que l'assurée ne présente pas un trouble dépressif récurrent, dans la mesure où l'épisode dépressif est ininterrompu depuis 2005. En comparaison avec l'examen réalisé dans le cadre de la précédente expertise, l'état de santé psychique s'est amélioré depuis le début de l'année 2011, l'assurée signalant un état psychique stationnaire depuis environ une année. L'épisode dépressif est actuellement léger, ce qui est corroboré par le test de Hamilton (18 points ; le seuil de la dépression moyenne est 20 points). Cet épisode dépressif léger sans symptôme somatique ne présente pas une comorbidité psychiatrique au syndrome douloureux somatoforme persistant. Elle n'a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ; en effet, elle entretient des contacts réguliers avec ses enfants, un neveu et ses sœurs. Lors de l'examen, elle déclare passer une bonne période car elle apprécie les décorations et les lumières de Noël. Malgré l'importance des douleurs alléguées, elle peut fonctionner dans son quotidien, ce qui signifie qu'elle dispose de ressources suffisantes pour surmonter ses douleurs. Au vu du fonctionnement de l'assurée, du maintien d'une sociabilité et des loisirs, force est de constater l'importante discordance entre les plaintes et ce qui est objectivé. Selon la Dresse E_____, les diagnostics retenus n'entraînent aucune limitation. Entre avril 2009 et la fin de l'année 2010, l'assurée présentait une incapacité de travail de 30%. Depuis le début de l'année 2011, la capacité de travail et la capacité ménagère sont entières. L'activité professionnelle habituelle est exigible à plein temps, sans aucune diminution de rendement. Enfin, aucune mesure de réadaptation professionnelle n'est à envisager, la capacité de travail étant entière.

27. Par avis du 15 mars 2012, le Dr G_____ du SMR a validé et repris les conclusions de l'expertise du 22 décembre 2011. Il relève notamment la concordance entre les expertises des Drs B_____ et E_____ des 5 mars 2008, 16 mars 2010 et 22 décembre 2011. Selon lui, l'évolution de l'état de santé de l'assurée va vers une amélioration plutôt que vers une aggravation.
28. Par courrier du 13 avril 2012, l'OAI a communiqué à l'assurée son projet de décision rejetant sa demande de prestations. En substance, l'OAI s'est fondé sur l'expertise du 22 décembre 2011 pour considérer que la capacité de travail de l'assurée, respectivement de gain, était de 70% du 1^{er} mai 2009 au 31 décembre 2010, puis de 100% dès le 1^{er} janvier 2011. Dès lors, sa situation n'ouvrait droit à aucune prestation de l'assurance-invalidité.
29. Par décision du 29 mai 2012, l'OAI a confirmé son refus d'allouer des prestations à l'assurée. Il a retenu respectivement une capacité de travail de 70% du 1^{er} mai 2009

au 31 décembre 2010 et de 100% dès le 1^{er} janvier 2011, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

Pour la période allant du 1^{er} mai 2009 au 31 décembre 2010, l'incapacité de travail de 30% se confondait avec l'incapacité de gain, de sorte que le degré d'invalidité de l'assurée durant cette période se montait également à 30%, soit un degré insuffisant pour ouvrir un droit à une rente. Par ailleurs, la situation de l'assurée ne nécessitait pas l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

30. Par acte du 22 juin 2012, la recourante interjette recours contre ladite décision auprès de la Cour de céans. Elle requiert la conduite d'une expertise judiciaire "impartiale et indépendante" effectuée par un médecin qui ne soit pas régulièrement mandaté par l'intimé, l'annulation de la décision et la reconnaissance de son invalidité totale depuis la date du dépôt de sa demande de prestations. Elle relève que l'intimé se fonde essentiellement sur une expertise réalisée par un médecin qu'il a lui-même désigné et dont elle avait contesté le choix. Lors de leur "entretien extrêmement bref", ce médecin avait dû être assisté d'un traducteur. Elle avait pourtant proposé trois médecins spécialistes en psychiatrie et capables de parler et comprendre sa langue maternelle, soit le serbo-croate, ce qui aurait été bénéfique pour la qualité de l'expertise. Ces trois médecins ont été refusés par l'intimé, sans aucune motivation. Elle conteste l'impartialité de l'expert en raison de la fréquence des mandats qui lui sont confiés par l'intimé. En outre, l'avis de l'expert est en totale contradiction avec l'avis médical du Département de santé mentale et psychiatrie des HUG.

La recourante joint à son recours plusieurs pièces médicales, dont un courrier à l'attention de son conseil du 14 février 2012 du Dr F_____, lequel conclut à une incapacité de travail à 100% depuis le début de son suivi jusqu'à ce jour. Il relève que malgré le suivi régulier de la recourante, son état psychique reste instable ce qui a conduit à l'intensification de la fréquence des entretiens médicaux afin d'éviter une hospitalisation et de garantir que son évolution n'engendre pas de danger imminent pour sa sécurité. Par ailleurs, elle est au bénéfice d'un traitement médicamenteux psychotrope à des doses considérables et présente une compliance médicamenteuse.

Enfin, la recourante indique avoir dû être hospitalisée d'urgence puis placée à la Clinique genevoise de Montana du 17 novembre au 5 décembre 2011.

31. Par courrier du 28 juin 2012, la recourante a produit un certificat médical du 22 juin 2012 établi par la Dresse H_____, médecin interne du Département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, attestant de son traitement médicamenteux, soit 60 mg/jour de Cymbalta, 100 mg/jour de Trittico, 25 mg/jour de Seroquel et 25 mg deux fois par jour de Prazine.

32. Par décision du 4 juillet 2012, la Cour de céans a admis la recourante au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 22 juin 2012.
33. Par courrier du 18 juillet 2012, l'intimé persiste dans sa décision du 29 mai 2012, en particulier sur le fait qu'il convient de reconnaître au rapport de la Dresse E_____ une pleine valeur probante. La remise en cause de l'impartialité de cette dernière par la recourante n'est pas pertinente au regard de la jurisprudence. En outre, elle ne fait état d'aucun élément objectivable vérifiable ayant été ignoré dans le cadre du rapport de la Dresse E_____ et suffisamment pertinent pour le remettre en cause.
34. Par courrier du 29 novembre 2012, la recourante requiert de la Cour de céans la tenue d'une comparution personnelle des parties et l'audition du Dr F_____. Elle produit également un certificat médical attestant d'une nouvelle hospitalisation du 2 au 22 novembre 2012 ainsi qu'une attestation d'incapacité totale de travail du 23 novembre 2012, pour la période du 1^{er} novembre au 31 décembre 2012.
35. Par courrier du 10 décembre 2012, l'intimé relève que les derniers certificats produits par la recourante ne sont pas documentés, ce qui ne lui permet pas de revenir sur ses précédentes conclusions.
36. Par courrier du 21 décembre 2012, la recourante sollicite l'audition du Dr I_____, médecin praticien du Département de santé mentale et psychiatrie des HUG, en lieu et place de celle du Dr F_____, auquel il a succédé. Elle produit un courrier du 20 décembre 2012 établi par le Dr I_____, suite à un unique examen clinique et à la prise de connaissance de son dossier médical. Il en ressort que l'état de santé psychique de la recourante s'est progressivement dégradé "ces derniers mois" avec l'apparition d'idées suicidaires. Elle a été hospitalisée trois semaines en novembre 2012. Depuis lors, son état clinique semble s'être "discrètement" amélioré (absence de projet suicidaire), même si des idées noires persistent. La recourante dit avoir régulièrement des idées de mort passive. Son sommeil reste perturbé avec des difficultés à s'endormir. Le réveil matinal est difficile et elle présente une importante clinophilie durant la journée. Sur le plan fonctionnel, elle n'est plus en mesure de participer aux tâches ménagères, lesquelles sont assumées par son mari et ses enfants. Elle n'est à l'évidence pas en mesure de travailler en qualité de nettoyeuse ni même de remplir son rôle de mère au foyer. Le Dr I_____ considère enfin que deux mois supplémentaires de suivi permettraient de rendre un rapport plus précis et exhaustif quant à la capacité de travail à moyen et long terme de la recourante.
37. Par courrier du 15 janvier 2013, la recourante maintient ses conclusions et son argumentation. En substance, elle considère qu'il convient de prendre en compte les rapports de l'ensemble des médecins psychiatres qu'elle a consultés, leurs conclusions étant unanimement contraires à celles de la Dresse E_____.

Depuis l'établissement du rapport de cette dernière le 22 décembre 2011, elle n'a cessé d'être gravement affectée dans sa santé mentale. Son incapacité de travail a fait l'objet de nombreux certificats et plusieurs hospitalisations ont été nécessaires.

A l'appui de ses observations, la recourante produit plusieurs pièces complémentaires, soit notamment la lettre de sortie du 27 novembre 2012 du Dr F_____ établie à la suite de son hospitalisation du 2 au 22 novembre 2012. Ce dernier pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique. Plusieurs mois avant son hospitalisation, la recourante présentait une péjoration de son état anxio-dépressif avec des angoisses et l'apparition d'idées suicidaires. Elle se sent incomprise par ses proches qui ne comprennent pas sa situation et lui reprochent sa passivité à son domicile. Elle craint également de se voir refuser une rente d'invalidité pour la troisième fois. Durant son séjour, les idées suicidaires ont disparu. A la fin de son hospitalisation, la recourante s'est dite prête à sortir, décrivant une légère amélioration au niveau de ses douleurs. Elle s'est engagée à demander de l'aide au cas où les idées suicidaires referaient surface.

38. Par courrier du 30 janvier 2013, l'intimé persiste dans ses conclusions. Il se réfère à l'avis du SMR du 28 janvier 2013, établi par le Dr G_____, lequel conteste la valeur probante des différentes pièces produites par la recourante. Le certificat médical du 22 juin 2012 ne fournit aucun renseignement sur la sévérité de son atteinte psychique. Le certificat médical attestant d'une hospitalisation du 2 au 22 novembre 2012 ainsi que l'attestation d'incapacité totale de travail du 23 novembre 2012, pour la période du 1^{er} novembre au 31 décembre 2012, ne comportent aucune justification. Le courrier du 20 décembre 2012 du Dr I_____ fait état d'une dégradation progressive de son état de santé, nécessitant une hospitalisation de trois semaines. Au cours de celle-ci, l'état psychique de la recourante s'est amélioré avec une disparition de ses idées suicidaires. Le Dr I_____ atteste d'une incapacité de travail totale, nonobstant la description rassurante de son état psychique, avec "seulement des idées noires (sans idées suicidaires) et un trouble du sommeil." En outre, dans sa lettre de sortie du 27 novembre 2012, le Dr F_____ n'a retenu qu'un épisode dépressif moyen, sans aucun critère de gravité. Les autres certificats médicaux d'incapacité de travail ne donnent aucune information médicale objective permettant de s'écarter des conclusions précédentes. Il ressort du dossier que toutes les dégradations temporaires de l'état psychique de la recourante ont été contemporaines des annonces de refus de prestation de l'assurance-invalidité. Les facteurs psychosociaux (difficultés financières et incompréhension de son entourage) sont des éléments majeurs des éventuelles aggravations de son état psychique.
39. Par courrier du 15 février 2013, la recourante produit un certificat médical du 28 janvier 2013 du Dr J_____, médecin interne des HUG attestant d'une nouvelle hospitalisation du 15 au 28 janvier 2013.

40. Par courrier du 13 mars 2013, la recourante produit une attestation médicale du Dr I _____ datée du même jour et dans laquelle il diagnostique une péjoration du trouble dépressif récurrent qui doit être considéré comme sévère, compte tenu de l'accélération du rythme des hospitalisations, du retrait social de plus en plus marqué et de l'aggravation de la symptomatologie dépressive évoquant la possibilité d'une évolution vers la mélancolie, et ce malgré un traitement médicamenteux suivi rigoureusement. Elle est totalement incapable de travailler ou d'assumer des tâches ménagères. Il précise que l'hospitalisation du mois de janvier 2013 a eu lieu en urgence pour des idées suicidaires obsédantes. Elle éprouvait des difficultés à supporter son état psychique, sans lien avec ses démarches auprès de l'assurance-invalidité, comme cela avait été le cas en novembre 2012. A son retour à son domicile, la situation s'est à nouveau aggravée, justifiant une hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana du 14 au 27 février 2013. Dans les milieux hospitaliers, les idées suicidaires sont atténuées mais la recourante reste en retrait. Depuis environ deux ans, elle s'isole socialement de plus en plus. Elle n'est plus en mesure d'assumer les tâches ménagères.
41. Par courrier du 18 avril 2013, l'intimé persiste une fois encore dans ses conclusions. Il s'appuie sur l'avis médical du SMR du 5 avril 2013 établi par le Dr G _____, lequel considère que l'attestation médicale du Dr I _____ ne comporte aucun élément médical de sévérité ou d'aggravation du trouble dépressif de la recourante. En effet, il ne fournit aucune information sur le déroulement de ses deux derniers séjours hospitaliers et fait une description de son état de santé similaire aux descriptions qui ont été faites précédemment.
42. Dans ses dernières observations du 13 mai 2013, la recourante conteste l'appréciation du SMR, se référant aux avis de ses médecins traitants, et persiste à requérir une expertise médicale judiciaire indépendante, une comparution personnelle et l'audition du Dr I _____.
43. Par courrier du 17 mai 2013, l'intimé se réfère à ses précédentes écritures, précisant toutefois que la décision querellée date du 29 mai 2012 et que seul l'état de fait existant à cette date est pertinent pour trancher le litige entre les parties.
44. A la suite de quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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 (LPGA ; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229, consid. 1.1 ; ATF 129 V 1, consid. 1 ; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche 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 ; ATF 112 V 360, consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LAI en vigueur du 1^{er} janvier 2004 (4^{ème} révision) au 31 décembre 2007, du 1^{er} janvier 2008 (5^{ème} révision) jusqu'au 31 décembre 2011 et après le 1^{er} janvier 2012 (révision 6a), en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329 et ATF 130 V 332, consid. 2.2 et 2.3). Il convient de préciser que ces nouvelles introduites par la 5^{ème} révision et la révision 6a de la LAI n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation du degré d'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322) et de conditions d'octroi générales des mesures de réadaptation (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^{ème} révision] du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4316 ; message relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [6^e révision, premier volet] du 24 février 2010, FF 2010 1647, p. 1648 à 1650).

4. Interjeté dans les forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 à 61 et 38 LPGA).
5. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

En l'espèce, suite à l'arrêt rendu par la Cour de céans dans la cause A/3640/2010, l'intimé a mandaté la Dresse E_____ afin qu'elle complète son expertise du

16 mars 2010. Il convenait en effet d'évaluer la capacité de travail de la recourante depuis cette date, en raison de l'aggravation de l'état de santé de la recourante rapportée par le Dr F_____ dans son rapport intermédiaire du 2 septembre 2011.

La Dresse E_____ a rendu son rapport d'expertise le 22 décembre 2011, sur lequel l'intimé s'est fondé pour rejeter la demande de prestation de la recourante dans sa décision querellée du 29 mai 2012. Dans le cadre de la présente procédure, la recourante a fait état d'une aggravation de son état de santé. A l'appui de ses déclarations, elle a produit des certificats médicaux attestant de plusieurs hospitalisations ainsi que des rapports établis par ses médecins traitants. Ces documents sont tous postérieurs à la décision querellée et traitent de son état de santé dès le mois de juin 2012 (par exemple : rapport du 28 juin 2012 de la Dresse M. H_____), à l'exception du courrier du 14 février 2012 du Dr F_____. Ce courrier n'indique toutefois pas en quoi, dans quelle mesure et depuis quand son état de santé se serait péjoré, de sorte que, selon toute vraisemblance et compte tenu des éléments temporels contenus dans les autres pièces produites par la recourante dans le cadre de son recours, une éventuelle aggravation de son état de santé est postérieure à la décision du 29 mai 2012. Or, conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, la légalité d'une décision attaquée doit être appréciée d'après l'état de fait existant au moment où ladite décision a été rendue.

Le litige porte ainsi exclusivement sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et/ou à des mesures de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur sa capacité de travail jusqu'au 29 mai 2012, soit le jour où la décision querellée a été rendue. La question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est péjoré au-delà du 29 mai 2012 et ouvre droit à des prestations de l'assurance-invalidité devra faire l'objet d'une décision ultérieure.

6. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide 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 un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPG).
7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un

accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

8. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (ATFA non publié I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être *sauvegardée* ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1 LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'ATF non

publié 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. ATF non publié 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

9. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Il y a lieu de préciser que 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

10. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 (ATF 102 V 165 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. 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 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

11. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances

sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

d) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

e) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

12. Selon la jurisprudence relative aux art. 29 al. 1 Cst., 30 al. 1 Cst. et 6 par. 1 de la Convention européenne des droits de l'homme, les parties à une procédure ont le droit d'exiger la récusation d'un expert dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur son impartialité. Cette garantie tend notamment à éviter que des circonstances extérieures à la cause ne puissent influencer le jugement en faveur ou au détriment d'une partie. Les impressions individuelles d'une des parties au procès ne sont toutefois pas décisives.

Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération (ATF 127 I 198 consid. 2b, ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, 123 V 175 consid. 3d ; RAMA 1999 n° U 332 p. 193, U 212/97, consid. 2a/bb et les références).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le fait qu'un médecin indépendant se voit confier régulièrement des mandats d'expertise par un assureur ne constitue pas en soi un motif suffisant pour fonder un manque d'objectivité et d'indépendance (ATF non publié 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.2 ; ATF non publié 9C_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4 et les références).

13. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
14. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).
15. En l'espèce, l'intimé considère la recourante comme étant capable d'exercer une activité professionnelle à 70% du 1^{er} mai 2009 au 31 décembre 2010, puis à plein temps dès le 1^{er} janvier 2011. Elle fonde la décision querellée sur l'expertise du 22 décembre 2011 de la Dresse E_____, dont la valeur probante est reconnue par le Dr G_____ du SMR. Cette expertise plus récente fait suite à l'expertise réalisée le 16 mars 2010 et dont la valeur probante est reconnue pour les mêmes raisons que celles exposées ci-après.

Dans le cadre de l'expertise – du 22 décembre 2011 – qui lui a été confiée, la Dresse E_____ a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, présent depuis 2006, d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (épisode dépressif léger de septembre 2005 à avril 2009 ; épisode dépressif moyen de mai 2009 à fin 2010 ; épisode dépressif léger depuis début 2011) et de trouble du comportement alimentaire type BED (Binge Eating Disorder), présent depuis plusieurs années, sans répercussion sur la capacité de travail. Compte tenu de ces éléments, la Dresse E_____ a estimé que la

recourante avait présenté une capacité de travail de 70% entre avril 2009 et la fin de l'année 2010, puis de 100% dès le début de l'année 2011. L'activité professionnelle habituelle était exigible à plein temps, sans aucune diminution de rendement. Enfin, aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était à envisager, la capacité de travail étant entière.

La Cour de céans constate que l'expertise de la Dresse E_____ est en tout point conforme aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. Elle se fonde en effet sur un examen clinique de la recourante et sur l'étude approfondie de son dossier médical. Elle tient compte de ses plaintes et contient une anamnèse complète, des diagnostics clairs et justifiés au moyen d'échelles de mesure et des conclusions motivées dénuées de contradiction. L'expertise de la Dresse E_____ est particulièrement complète, claire et détaillée. Son appréciation permet de comprendre le trouble dont souffre la recourante et ses conséquences sur sa capacité de travail dans son activité habituelle. Pour le surplus, les griefs de la recourante relatifs à la partialité de la Dresse E_____ sont sans fondement. En effet, cette dernière est indépendante, dans la mesure où elle exerce dans son propre cabinet médical. En outre, elle a été assistée d'un interprète lors de ses entretiens avec la recourante, tant dans le cadre de l'expertise du 16 mars 2010 que dans celui de l'expertise du 22 décembre 2011. Enfin et conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, le simple fait qu'un médecin indépendant se voie confier régulièrement par l'OAI des mandats d'expertise, pour autant que cela soit le cas en l'espèce, ce qui n'a pas été démontré, ne constitue pas en soi un motif suffisant pour fonder un manque d'objectivité et d'indépendance. En l'occurrence, force est de constater qu'aucun élément ne rend vraisemblable que la Dresse E_____ ait fait preuve de partialité dans le cadre de ses expertises.

Pour la période antérieure au 1^{er} avril 2009, l'OAI s'est fondé sur l'expertise du 16 mars 2010 de la Dresse E_____, mais également sur l'expertise du 5 mars 2008 du Dr B_____, dans laquelle il a posé le diagnostic d'épisode dépressif léger sans syndromes somatiques présent depuis 2005, sans influence sur la capacité de travail, totale du point de vue psychiatrique. Cette expertise doit également se voir reconnaître une pleine valeur probante dans la mesure où elle correspond scrupuleusement aux réquisits jurisprudentiels. En outre, le diagnostic posé par le Dr B_____ est concordant avec celui de la Dresse E_____ dans sa première expertise du 16 mars 2010.

Pour sa part, la recourante considère qu'il convient de se fonder principalement sur les rapports des Drs A_____, C_____, D_____ et F_____ pour évaluer son état de santé et sa capacité de travail. Or, ces rapports ne font état d'aucun élément objectivement vérifiable ayant été ignoré dans le cadre des expertises des Dr B_____ et E_____ et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause leurs conclusions.

Dans son rapport du 15 janvier 2007, le Dr A_____ diagnostique des troubles dépressifs récurrents, épisodes actuels sévères. Le status de la recourante est une aboulie et une anhédonie, une perturbation de l'architecture du sommeil (troubles de l'endormissement), une tendance à se faire des reproches alternant avec des moments de colère intense. A la lecture de ce rapport, il apparaît que les conclusions du Dr A_____ ne sont pas suffisamment motivées. De plus, comme le relève la Dresse E_____, les symptômes décrits par le Dr A_____ ne correspondent pas à un épisode dépressif moyen, mais à un épisode dépressif léger, conformément à la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement CIM-10 et au manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux DSM-IV-TR. Par conséquent, la Cour de céans ne peut se fonder sur ce rapport pour déterminer l'état de santé de la recourante et sa capacité de travail.

Dans son rapport du 24 avril 2008, la Dresse C_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire, que l'évolution était peu favorable et que même si l'assurée pouvait montrer une légère amélioration de sa thymie, elle demeurait très figée dans une symptomatologie dépressive résiduelle, avec une aboulie et un apragmatisme au premier plan, une difficulté à sortir de chez elle et à investir des relations interpersonnelles. A l'heure actuelle, sa capacité de travail demeurait nulle. Selon la Dresse E_____, ce status ne permet pas de déterminer l'intensité de la dépression de la recourante. En outre, il apparaît que le rapport de la Dresse C_____ est fort succinct et ne permet pas de comprendre en quoi son état de santé induit des limitations fonctionnelles. Pour ces motifs, la Cour de céans ne peut se fonder sur ledit rapport.

Dans son courrier du 11 mai 2005, la Dresse D_____ retient le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans indiquer si cet état influe sur la capacité de travail de la recourante. En outre, force est de constater que ce courrier est lacunaire, l'anamnèse et les plaintes de la recourante faisant notamment défaut. Par ailleurs, la Dresse E_____ a relevé que le status décrit correspondait à un épisode dépressif moyen, tel que celui diagnostiqué par ses soins pour la période allant d'avril 2009 à fin 2010. Ledit courrier ne peut ainsi être retenu pour établir l'état de santé de la recourante ou sa capacité de travail.

Dans son rapport du 2 septembre 2011, le Dr F_____ diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline et une somatisation comme ayant une influence négative sur la capacité de travail de l'assurée depuis environ cinq ans. Ce rapport ne satisfait pas aux réquisits jurisprudentiels. En effet, le Dr F_____ décrit une aggravation générale de l'état de santé de la recourante sans toutefois expliquer précisément en quoi elle consiste. Le rapport ne permet pas de comprendre les diagnostics retenus. De plus, comme le relève la Dresse E_____, le Dr F_____ ne décrit aucun

status dans son rapport, de sorte que rien ne permet d'étayer le diagnostic d'épisode dépressif sévère et le trouble de la personnalité retenus.

Dans son courrier à l'attention du conseil de la recourante du 14 février 2012, le Dr F_____ conclut à une incapacité de travail à 100% depuis le début de son suivi jusqu'à ce jour. Il relève que malgré le suivi régulier de la recourante, son état psychique reste instable ce qui a conduit à l'intensification de la fréquence des entretiens médicaux afin d'éviter une hospitalisation et de garantir que son évolution n'engendre pas de danger imminent pour sa sécurité. Il convient en premier lieu de relever que le Dr F_____ ne fait état d'aucun élément nouveau ou démontrant une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis l'expertise du 22 décembre 2011 rendue par la Dresse E_____. Dès lors, les éléments décrits ont pu être pris en compte dans le cadre de cette expertise. Pour le surplus, il convient de préciser que si le Dr F_____ conclut à une incapacité totale de travail, il ne fournit aucune explication ou justification lui permettant de parvenir à cette appréciation de sorte que son courrier du 14 février 2012 ne peut être retenu par la Cour de céans pour trancher le litige qui oppose les parties.

Quant aux nombreux autres rapports et certificats médicaux produits par la recourante depuis sa demande de prestation le 24 novembre 2006, aucun d'eux ne fait état d'éléments objectivement vérifiables dont il n'aurait pas été tenu compte par les Drs B_____ et E_____ et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause leurs conclusions. Pour le surplus, ces documents ne respectent pas les réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante, dans la mesure où ils sont trop imprécis, parfois incomplets et insuffisamment motivés.

En dernier lieu, il convient de préciser que la position du Dr F_____, dont l'audition est requise par la recourante, est bien documentée par ses rapports et ses courriers. Dès lors, par appréciation anticipée des preuves, son audition, requise par la recourante, n'est pas nécessaire. L'argumentation de la recourante a été communiquée à plusieurs reprises et de manière claire à la Cour de céans, de sorte que sa comparution personnelle apparaît comme superflue. Quant à l'expertise judiciaire requise par la recourante dans le cadre de son recours, il n'est pas nécessaire d'y donner suite dans la mesure où une pleine valeur probante a été reconnue aux expertises des Drs B_____ et E_____. Par ailleurs et conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, le simple fait que les conclusions des médecins traitants divergent de celles des Drs B_____ et E_____ ne suffit pas pour justifier qu'une expertise judiciaire soit ordonnée.

Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans n'a aucun motif de s'écarter des conclusions des Drs B_____ et Dresse E_____. Ainsi, la recourante doit être considérée comme capable de travailler à plein temps, à l'exception de la période allant du 1^{er} avril 2009 au 31 décembre 2010 durant laquelle elle présentait une incapacité de travail de 30%. Ce taux est toutefois insuffisant pour ouvrir droit

au versement d'une rente d'invalidité. En outre et dans la mesure où la recourante est apte à exercer son activité habituelle depuis le 1^{er} janvier 2011 jusqu'au 29 mai 2012, aucune mesure d'ordre professionnel n'est opportune.

16. La Cour de céans relève encore que si elle nie à la recourante un droit à une rente d'invalidité ou à des mesures de réadaptation professionnelles, elle ne remet pas en question l'existence d'une atteinte à sa santé, par ailleurs confirmée par les expertises des Drs B _____ et Dresse E _____, notamment. Elle s'est bornée à considérer que les troubles dont souffrait la recourante n'étaient pas de nature à l'empêcher d'exercer son activité habituelle.

Quant à l'aggravation de l'état de santé dont fait état la recourante, il convient de la considérer comme une nouvelle demande. Il appartiendra à l'intimé d'instruire la cause pour la période postérieure au 29 mai 2012 et de rendre une nouvelle décision.

17. Mal fondé, le recours doit être rejeté.
18. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 ; RS E 5 10.03).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette dans le sens des considérants.
3. Dispense la recourante du versement d'un émolument.
4. 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 ; RS 173.110); 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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