

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2391/2013

ATAS/1207/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 décembre 2013

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame M_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Bénédicte FONTANET

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN, Présidente; Maria Esther
SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M _____, (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1962, a exercé divers emplois avant d'exploiter un bureau de tabac de 2000 à 2005. Hormis quelques activités ponctuelles pour une société de nettoyage en 2007 et 2008, elle n'a plus exercé d'activité lucrative dès 2005.
2. L'assurée a séjourné à la Clinique de Belle-Idée du 30 décembre 2000 au 3 janvier 2001. Dans le résumé de séjour, la Dresse A _____, cheffe de clinique, a fait état d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F 43.21) à titre de diagnostic principal. Un conflit avec son mari et un surmenage professionnel constituaient par ailleurs des facteurs de stress aigu. L'hospitalisation avait eu lieu en raison d'un état dépressif majeur avec épuisement et idées suicidaires persistantes. Le médecin a constaté que la principale difficulté provenait d'un conflit conjugal lié à l'alcoolisme du mari de l'assurée. Cette dernière avait bien supporté le traitement médicamenteux mis en place. La sortie était autorisée afin que l'assurée puisse rendre visite à sa grand-mère mourante au Maroc et à condition qu'elle suive un traitement ambulatoire à son retour.
3. L'assurée a à nouveau été hospitalisée au Département de psychiatrie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG) du 19 février au 2 mars 2001. La Dresse B _____, cheffe de clinique, a diagnostiqué un état dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11) et une probable personnalité histrionique (F 60.4), des facteurs de stress liés à un conflit conjugal, au surmenage et au décès de sa grand-mère étant en outre présents. Le status à l'entrée révélait un ralentissement psychomoteur, une thymie triste, une asthénie, une diminution de la concentration et une irritabilité décrite avec perte de contrôle et accès de violence. Grâce au traitement médicamenteux, l'assurée ne souffrait pas de troubles du sommeil. Son appétit était diminué. Elle ne présentait pas d'idéation suicidaire ni d'élément de la lignée psychotique. L'assurée avait déclaré à son mari lors d'un entretien de couple qu'elle ne rentrerait pas à la maison et était allée vivre chez une connaissance à sa sortie.
4. Lors du séjour de l'assurée au Département de psychiatrie des HUG du 8 au 18 juin 2001, la Dresse B _____ a diagnostiqué un épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F 32.01) et confirmé le diagnostic de probable personnalité histrionique (F 60.4). La patiente était en outre surmenée. Lors du status, ce médecin a constaté un ralentissement psychomoteur, une thymie triste et un épuisement. En revanche, le discours était cohérent, l'assurée était orientée, le sommeil était sans particularité et l'assurée ne présentait pas d'idéation suicidaire ni d'élément de la lignée psychotique. Durant le séjour, la thymie dépressive s'était améliorée. L'assurée avait pu se réalimenter, mais une certaine difficulté à se nourrir en quantité satisfaisante persistait.
5. L'assurée a séjourné du 8 au 10 mai 2010 au Centre d'accueil et d'urgences des HUG. Dans son rapport du 12 mai 2010, le Dr C _____, chef de clinique, a

notamment relevé dans l'anamnèse un abus médicamenteux en janvier 2007. Il a posé les diagnostics selon le DSM-IV de trouble dépressif majeur, épisode dépressif récurrent bref ; de trouble de la personnalité de type *borderline* et de problèmes liés au groupe de support principal. Il existait un conflit de couple avec une importante violence verbale. Le 7 mai 2010, l'assurée avait ingéré plusieurs médicaments à la suite d'une dispute avec son mari et avait été emmenée aux urgences. Les entretiens durant le séjour avaient mis en évidence la relation de dépendance à caractère masochiste qu'elle entretenait avec son époux, lequel avait réintégré le domicile conjugal après une absence de 8 mois. L'assurée ressentait une culpabilité importante. Le geste auto-agressif apparaissait plutôt comme un passage à l'acte dans le cadre du suivi que comme une nouvelle crise. La thymie de l'assurée s'était rapidement améliorée, sans modification du traitement habituel. Sa sortie avait été autorisée, faute d'éléments de dangerosité justifiant la poursuite de l'hospitalisation contre son gré. Dans le status à la sortie, le Dr C_____ a signalé une thymie légèrement anxieuse à l'idée de quitter l'hôpital, mais pas d'élément de la lignée dépressive au premier plan. L'assurée ne manifestait par ailleurs pas d'idées suicidaires ni de symptômes de la lignée psychotique.

6. Le 26 octobre 2011, l'assurée a adressé une demande de prestations à l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI ou l'intimé) en invoquant une dépression existant depuis 2000.
7. Dans un rapport du 15 février 2012, la Dresse D_____, médecin auprès de la Clinique de Belle-Idée, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2) depuis 2008 et un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type *borderline*, depuis 2004. L'assurée avait été hospitalisée en 2001 et en 2002. Elle avait commis un abus médicamenteux en 2007 et subi plusieurs épisodes de crise nécessitant l'intervention du CENTRE DE THERAPIE BREVE (CTB), dont la dernière était en cours.

Dans l'anamnèse, le médecin a noté que l'assurée avait des relations très conflictuelles avec son mari. Elle était très ambivalente et tentait régulièrement de se séparer de lui. Elle avait fait de nombreux abus médicamenteux entraînant des hospitalisations en milieu psychiatrique. La compliance au traitement n'était qu'irrégulière et l'assurée ne consultait en général qu'en catastrophe. Lors des crises, elle était très angoissée, triste, avec des symptômes neurovégétatifs d'anxiété et des troubles du sommeil. Elle s'était beaucoup dépensée pendant quelques années pour l'exploitation d'un commerce, et les horaires interminables avaient dégradé son état psychique. La Dresse D_____ a constaté un discours fluide, légèrement ralenti, et une diminution de la concentration et de la mémoire. La thymie était sévèrement déprimée avec des angoisses importantes, une forte tristesse, des pleurs fréquents, des troubles du sommeil avec des difficultés d'endormissement, une perte de l'élan vital, une anhédonie, une aboulie, une asthénie, une fatigue quasi-constante et un sentiment de désespoir profond. Les idéations suicidaires restaient présentes mais étaient fluctuantes. Lors des crises,

l'assurée avait le sentiment d'être poursuivie dans la rue. Le pronostic était très réservé en raison du mauvais suivi, en lien avec l'instabilité émotionnelle, l'ambivalence et l'impulsivité de l'assurée. L'incapacité de travail était totale depuis novembre 2005, hormis la période du 1^{er} mai au 31 août 2006 où elle était de 50 %. L'activité antérieure n'était plus exigible. Des mesures médicales permettraient de réduire partiellement la baisse de rendement. Il y avait lieu de réévaluer la capacité de travail une année plus tard. La capacité de concentration, d'adaptation et la résistance étaient limitées.

8. Le 27 février 2012, l'OAI a communiqué à l'assurée que des mesures d'intervention précoce n'étaient pas indiquées car son état n'était pas stabilisé.
9. A la demande de l'OAI, la Dresse D_____ a précisé par courrier du 11 juin 2012 que l'incapacité de travail imputable à des motifs purement psychiatriques était totale de novembre 2005 au 1^{er} mai 2006, de 50 % du 1^{er} mai au 31 août 2006 et totale depuis le 31 juin 2006 (*sic*). L'état de santé était globalement stationnaire mais l'assurée présentait souvent des péjorations thymiques à la suite de situations stressantes. La capacité de travail restait nulle, en raison de sa fragilité, de son état émotionnel instable et de difficultés relationnelles importantes. L'assurée ne parvenait pas à se conformer à un horaire même à temps partiel et renversait souvent le rythme diurne. Elle n'avait pas de capacité d'adaptation pour faire face aux situations stressantes.
10. En date du 12 novembre 2012, le Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin au SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'AI (SMR), a examiné l'assurée. Dans son rapport du 17 décembre suivant, ce médecin a résumé le dossier médical de l'assurée avant d'établir son anamnèse familiale et professionnelle, notant que l'assurée s'était séparée de son mari en 2004 mais que le couple s'était réconcilié en 2010. De 1999 à 2005, elle avait beaucoup souffert de la mésentente entre son mari et son grand frère, dont les disputes entraînaient souvent l'intervention de la police. L'assurée était préoccupée par leur sort et épuisée par son travail, qu'elle commençait à 7 heures pour l'achever à 3 heures du matin. L'assurée, qui n'avait plus vu son psychiatre depuis deux mois au moment de l'examen, se disait en outre affectée par le récent décès du neveu de son mari dans un accident de la circulation. Elle déclarait que son état psychique connaissait des hauts et des bas. Elle se plaignait de pertes de mémoire et d'une angoisse fluctuante. Elle se sentait trop responsable de ses frères, se faisait beaucoup de souci pour la sclérose en plaques de son mari et se disait épuisée par ses responsabilités. Elle se décrivait comme une personne qui n'arrivait pas à dire non. Son sommeil était bon, grâce à ses médicaments. Elle n'avait que peu d'appétit. Ses enfants étaient une source de plaisir et de joie. Elle estimait que son problème principal était la dépression.

Invitée à décrire sa vie quotidienne, l'assurée a indiqué qu'elle se levait vers 11h30 pour préparer le repas des enfants avant de se recoucher jusqu'à 15h30-16h00. Elle passait beaucoup de temps à la maison l'après-midi. Elle faisait le ménage et sortait

faire des courses. Elle prenait le repas du soir avec sa mère et ses enfants vers 20h00, avant de regarder la télévision. Une fois les enfants couchés, elle sortait se promener avec une amie à qui elle aimait parler. Elle se couchait vers minuit ou 1 heure du matin.

Lors du status clinique, le psychiatre a constaté que l'assurée était bien orientée dans le temps, dans l'espace, par rapport à la situation et sur elle-même. L'examen ne mettait pas en évidence de troubles de la mémoire, de la concentration, de l'attention. Le discours était cohérent. L'assurée ne présentait pas de trouble du cours de la pensée, pas de perte des associations, pas de fuite des idées, pas de digressions. Le contenu de la pensée n'était pas perturbé. La thymie était fluctuante en cours d'examen, l'assurée passait du sourire aux larmes en fonction des sujets abordés. Elle ne présentait pas d'idées noires ni d'idées suicidaires. La sphère émotionnelle présentait une labilité observable. Le Dr E_____ n'a pas constaté de diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités habituellement agréables en compagnie de ses enfants, ni de manque de réactivité émotionnelle aux événements et aux circonstances habituellement agréables. L'assurée ne présentait pas de réveil matinal précoce ni de dépression matinale. Aucune agitation ni ralentissement psychomoteur n'étaient constatés durant l'examen. L'assurée signalait qu'elle avait peu d'appétit mais elle ne mentionnait pas de perte de poids au cours du dernier mois. Elle ne se plaignait pas d'une réduction de l'énergie entraînant une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. L'estime de soi et la confiance en soi étaient légèrement diminuées subjectivement par le fait que l'assurée s'estimait incapable de dire non aux demandes d'autrui. Elle présentait une attitude interrogative face à l'avenir. Il n'y avait pas de perturbation du sommeil mais l'assurée prenait des somnifères. Le psychiatre n'observait pas d'angoisse, pas d'attaque de panique et pas de trouble phobique ou obsessionnel objectivé. Il ne relevait pas non plus de signes de la série psychotique, d'idées délirantes, d'idées de persécution ou d'attitude évocatrice de phénomènes hallucinatoires.

A l'issue de son examen, le Dr E_____ a posé les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type *borderline* (F 60.31) et de dysthymie (F 34.1), sans répercussions sur la capacité de travail. Dans son appréciation, il a relevé que l'assurée présentait une symptomatologie dépressive réactionnelle et fluctuante. Les épisodes réactionnels et les difficultés conjugales ou familiales étaient de brève durée avec une amélioration rapide selon le dossier médical de l'assurée. De courtes hospitalisations avaient eu lieu en 2001 et en 2010. Entretemps, l'assurée était suivie irrégulièrement au CTB. L'examen clinique psychiatrique mettait en évidence une labilité émotionnelle et une humeur légèrement abaissée, mais les critères diagnostiques d'un trouble dépressif récurrent d'intensité légère ou moyenne n'étaient pas présents. L'abaissement de l'humeur constaté était caractéristique du diagnostic de dysthymie selon la CIM-10, soit une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante et où la durée des

différents épisodes est trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. La plupart du temps, les sujets dysthymiques se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte, rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes, mais ils restent capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. L'histoire personnelle de l'assurée était caractérisée par une maltraitance subie de la part de ses grands frères dès l'enfance, la charge de trop lourdes responsabilités de type parental envers toute sa fratrie, de difficultés relationnelles sur le plan sentimental, des moments de crise ayant nécessité des interventions psychiatriques de brève durée en 2001 et 2010. Le diagnostic de trouble de la personnalité *borderline* mentionné par la Dresse D_____ était donc retenu. Ce trouble de la personnalité n'était pour l'heure pas décompensé. Il avait son origine dans l'enfance et l'adolescence de l'assurée et n'avait pas été une cause d'incapacité de travail durable puisqu'elle avait pu travailler jusqu'en 2007 (*recte* : 2005), date à laquelle elle avait vendu son commerce. Ce trouble s'était décompensé de manière ponctuelle, comme cela ressortait des documents médicaux. L'assurée disait se sentir chroniquement fatiguée et déprimée, ce qui n'était pas objectivé durant l'examen psychiatrique. L'atteinte psychique de l'assurée était donc constituée de moments de crise en réaction à des facteurs psychosociaux, conjugaux et familiaux. En ce sens, elle ne présentait pas de maladie psychiatrique d'une intensité et d'une durée suffisantes pour être considérée comme incapacitante à long terme. En conclusion, la capacité de travail était nulle du 30 décembre 2000 au 3 janvier 2001, du 19 février au 2 mars 2001, du 8 juin au 18 juin 2001 et du 8 mai au 10 mai 2010. La capacité de travail était entière dans toute activité depuis le 11 mai 2010.

11. Dans son avis du 3 janvier 2013, la Dresse F_____, médecin au SMR, s'est ralliée à l'avis du Dr E_____, retenant que l'assurée ne présentait pas d'atteinte psychiatrique incapacitante. L'atteinte psychique était liée à des moments de crise en réaction à des facteurs psychosociaux, conjugaux et familiaux et n'était pas d'une intensité et d'une durée suffisantes pour être considérée comme incapacitante.
12. L'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée en date du 14 janvier 2013, retenant que l'assurée ne présentait pas d'atteinte incapacitante à long terme et niant le droit à des prestations.
13. Par courrier du 8 mars 2013, l'assurée, par son mandataire, a contesté le projet de décision. Elle a affirmé souffrir de troubles de la personnalité depuis 1998 et ajouté que son médecin généraliste lui avait alors recommandé de cesser son activité lucrative. Ces troubles s'étaient depuis intensifiés et étaient responsables de l'arrêt de son activité de buraliste en 2005. Elle était depuis incapable de travailler. Les troubles de la personnalité entraînaient des crises d'angoisse particulièrement violentes ayant conduit à de nombreuses hospitalisations. Ces crises, imprévisibles, empêchaient l'exercice d'une activité lucrative et restreignaient l'assurée dans sa vie quotidienne. Son traitement médicamenteux avait augmenté. Il semblait

fonctionner car les crises s'étaient estompées depuis plusieurs mois mais il avait des effets secondaires limitant la capacité de travail, tels que perte d'appétit, difficultés de concentration, angoisse et fatigue. L'assurée avait par ailleurs connu des épisodes d'abus médicamenteux. Elle affirmait en outre être suivie de manière plus ou moins régulière, contrairement à ce que laissait entendre l'OAI. Elle était traitée par la Dresse D_____, qui avait diagnostiqué un état dépressif majeur. Le Dr C_____ avait également conclu à un trouble dépressif majeur. Il était étonnant que ces symptômes n'aient pas été constatés par le Dr E_____. Il était d'ailleurs malaisé de diagnostiquer une maladie psychiatrique sur la base d'une seule consultation. Elle a contesté la conclusion de l'expert, selon laquelle elle disposait d'une entière capacité de travail même s'il est vrai qu'elle parvenait à faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne hors de périodes d'angoisse. En raison de ses difficultés de concentration, elle ne satisfaisait pas aux exigences du marché du travail. L'assurée disait présenter une atteinte incapacitante au sens de la loi, conformément aux conclusions de la Dresse D_____.

14. Dans son avis du 13 juin 2013, la Dresse F_____ a noté que l'assurée ne produisait aucune pièce médicale à l'appui de ses objections. Le SMR n'avait ainsi pas de raison de modifier ses conclusions.
15. Par décision du 18 juin 2013, l'OAI a confirmé les termes de son projet. Il a précisé qu'il avait soumis les observations de la recourante au SMR, lequel avait conclu dans son avis du 13 juin 2013 qu'aucun élément médical ne modifiait ses conclusions.
16. Par décision du 15 juillet 2013, la Vice-présidente du Tribunal civil a octroyé l'assistance juridique à l'assurée.
17. Par écriture du 19 juillet 2013, l'assurée interjette recours contre la décision de l'intimé. Elle conclut, sous suite de dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise médicale, et au fond à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 27 mars 2013. Elle reprend l'argumentation développée dans son écriture du 8 mars 2013 au sujet de ses atteintes et de sa capacité de travail. Elle conteste derechef les conclusions du Dr E_____ et allègue que ses troubles de la personnalité sont médicalement prouvés et qu'ils n'ont pas cessé de s'aggraver. Elle affirme que l'expertise réalisée par le Dr E_____ comprend de nombreuses erreurs et imprécisions et qu'elle s'écarte des autres avis médicaux en ne retenant aucune limitation fonctionnelle psychiatrique. Ces constats ne correspondent pas à ceux de la Dresse D_____, auxquels il convient d'accorder un crédit particulier puisque cette praticienne a suivi la recourante sur une longue période. Compte tenu de ces divergences, il y a lieu d'ordonner une expertise judiciaire. La recourante ajoute qu'elle est incapable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, contrairement aux affirmations de l'intimé. Elle allègue que l'avis du SMR du 13 juin 2013 ne lui a pas été communiqué et qu'elle n'a pu se déterminer à ce sujet, ce qui constitue une

violation de son droit d'être entendue puisque c'est sur cette pièce que s'est fondé l'intimé pour refuser ses prestations. Partant, la décision doit être annulée.

18. Dans sa réponse du 20 août 2013, l'intimé conclut au rejet du recours. S'agissant de la violation du droit d'être entendue alléguée par la recourante, il expose la procédure prévue par la loi et le règlement et soutient qu'elle a été respectée en l'espèce, puisque la recourante a pu se déterminer sur le projet de décision. Il ajoute qu'une éventuelle violation du droit d'être entendu peut être réparée dans le cadre de la procédure de recours. L'intimé rappelle les exigences en matière de valeur probante des rapports médicaux et soutient que le rapport du Dr E_____ y correspond en tous points. En ce qui concerne les rapports de la Dresse D_____, l'intimé affirme qu'ils ont été pris en compte puisque l'expert a étudié le dossier médical. L'intimé souligne que selon la jurisprudence, la durée d'un examen ne permet pas de juger de la valeur d'un rapport médical. Il n'y a donc pas lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire.
19. Dans sa réplique du 17 septembre 2013, la recourante persiste dans ses conclusions. Elle cite plusieurs extraits des rapports de la Dresse D_____. Elle relève que la Dresse F_____, dans son avis du 13 juin 2013, indique qu'il n'y a aucune pièce médicale présentée. La recourante semble en conclure qu'il y aurait eu lieu d'ordonner une nouvelle expertise et allègue que l'avis du SMR n'est pas crédible et pas pertinent dans la procédure. Elle répète que son droit d'être entendue n'a pas été respecté et conteste que ce vice puisse être réparé dans la présente procédure. Elle requiert une nouvelle fois la mise en œuvre d'une expertise médicale en répétant que l'avis du Dr E_____ est isolé.
20. Par duplique du 16 octobre 2013, l'intimé persiste dans ses conclusions. Il conteste que les indications de la Dresse D_____ méritent un crédit particulier en raison du suivi assuré par cette praticienne, en soulignant qu'elle a fait état d'une compliance insuffisante au traitement et que la recourante a indiqué à l'expert qu'elle n'avait plus vu sa psychiatre depuis deux mois. L'intimé considère que les informations données par la Dresse D_____, selon lesquelles l'assurée ne parvient pas à sortir de chez elle durant de longues périodes, sont en contradiction avec la description faite à l'expert de promenades quotidiennes avec une amie. Il souligne que la Dresse G_____ (*recte*: B_____) relevait dans son rapport du 27 juin 2011 que l'état dépressif était léger et que la thymie s'était vite améliorée. Ce médecin ne s'était d'ailleurs pas prononcé sur la capacité de travail. Le Dr C_____ en 2010 faisait également état d'une amélioration rapide de la thymie. Ainsi, les rapports de ces médecins corroborent les observations du Dr E_____. Partant, une expertise ne se justifie pas.
21. La Cour de céans a transmis copie de cette écriture à la recourante le 22 octobre 2013.
22. Par courrier du 31 octobre 2013, les parties ont été informées que la cause était 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; RSG 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. Le recours, interjeté dans les délai et forme légaux, est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, en particulier sur l'existence d'une atteinte invalidante.
5. Il convient en premier lieu d'examiner la violation du droit d'être entendue invoquée par la recourante.

Tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution (Cst ; RS 101), le droit d'être entendu comprend notamment le droit de toute partie de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, le droit d'avoir accès au dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur leur résultat lorsque ceci est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 135 II 286 consid. 5.1; ATF non publié 8C_509/2011 du 26 juin 2012, consid. 2.2).

La violation du droit d'être entendu doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; ATF non publié 8C_104/2010 du 29 septembre 2010, consid. 3). Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Toutefois, la réparation de la violation du droit d'être entendu doit rester l'exception et n'est admissible que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée. Si par contre l'atteinte est importante, il n'est pas possible de remédier à la violation (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1; ATF non publié 8C_53/2012 du 6 juin 2012, consid. 6.1).

Contrairement à ce qu'allègue la recourante, on ne saurait considérer l'avis du SMR du 13 juin 2013 comme une pièce essentielle à la procédure. On rappellera en effet que si l'intimé fait bien référence à ce document, le refus de prestations ne se fonde

pas sur ce dernier avis mais sur les conclusions du Dr E_____ et les déterminations de la Dresse F_____ du 3 janvier 2013, dont la recourante a pu prendre connaissance. De plus, l'intimé a rapporté la teneur de l'avis du 13 juin 2013 dans la décision litigieuse, si bien que la recourante en connaissait le contenu.

Partant, ce grief n'est pas fondé.

6. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

À teneur de l'art. 29 LAI, le droit à une rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1^{er} LPGA, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire.

7. a) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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 118 V 286 consid. 1b).

b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Étant 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 ; ATFA non publié U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

c) 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

d) D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références).

8. En l'espèce, le rapport du Dr E_____ correspond en tous points aux réquisits jurisprudentiels. Il repose en effet sur l'étude du dossier, notamment des résumés de séjour de la recourante au sein du Département de psychiatrie des HUG, comprend une anamnèse retraçant également les antécédents familiaux et rapporte les plaintes de la recourante. Le médecin examinateur a en outre procédé à un examen clinique avant d'exposer sur quels éléments se fondent ses diagnostics. De plus, ses conclusions quant à la capacité de travail sont claires et motivées. Partant, il convient de lui reconnaître une pleine valeur probante et d'admettre que la recourante ne présente pas d'atteinte incapacitante.

La recourante allègue que le rapport du Dr E_____ contiendrait des imprécisions et des erreurs. Or, une telle assertion ne suffit pas à remettre en cause les conclusions du médecin examinateur dès lors qu'elle n'est étayée par aucun exemple concret.

Les autres rapports médicaux ne justifient pas non plus que l'on s'écarte des conclusions du Dr E_____. S'agissant des résumés des hospitalisations de

2001 et 2010, ils ne contiennent pas tous les éléments formels requis pour se voir reconnaître valeur probante. En particulier, ils ne se prononcent pas sur la capacité de travail de la recourante. En ce qui concerne le rapport d'hospitalisation le plus récent, émanant du Dr C_____, il est en outre contradictoire dans la mesure où ce médecin fait état d'un trouble dépressif majeur, alors qu'il ne constate aucun élément de la lignée dépressive à la sortie. Quant aux rapports de la Dresse D_____, ils appellent les remarques suivantes. En premier lieu, les diagnostics retenus ne sont pas motivés et cette praticienne n'explique en particulier pas pourquoi elle date la survenance du trouble dépressif récurrent à 2008 alors qu'il n'existe aucun rapport médical ou élément anamnestique établissant que c'est à cette période que le trouble allégué serait apparu. Il n'y a en particulier pas de trace d'un traitement médical instauré à cette époque. Quant aux nombreux abus médicamenteux évoqués, il n'existe en réalité qu'un seul rapport d'hospitalisation pour ce motif, même si le Dr C_____ a également évoqué la survenance d'un tel geste en 2007 dans son rapport. S'agissant de l'estimation de la capacité de travail, on s'étonne qu'elle soit antérieure à l'apparition du trouble dépressif récurrent qui semble la fonder. Il semble de plus que l'incapacité de travail attestée par la Dresse D_____ corresponde en réalité au taux d'activité effectif de la recourante, qui a cessé l'exploitation de son commerce en 2005, et non à la capacité de travail médicalement exigible. Elle n'est en outre pas motivée.

Partant, les rapports de la Dresse D_____ ne peuvent se voir reconnaître valeur probante et il y a lieu de se rallier aux conclusions du Dr E_____, aux termes desquelles la recourante dispose d'une pleine capacité de travail.

9. Les arguments de la recourante ne permettent pas de parvenir à une autre appréciation. D'une part, les graves troubles de la personnalité qu'elle allègue ne sont pas établis. Il n'y a en particulier pas trace dans son dossier d'un document attestant d'une aggravation de ses troubles en 2005 et démontrant qu'ils sont à l'origine de la cessation de l'exploitation d'un bureau de tabac. Son affirmation, selon laquelle les troubles de la personnalité entraînent des crises d'angoisse justifiant des hospitalisations, n'est pas non plus étayée. A lire les rapports établis par les HUG, il semble en réalité que les séjours soient en lien avec un conflit conjugal et ne soient pas survenus en raison d'un trouble de la personnalité. Quant à la fréquence des crises, seuls quatre épisodes en dix ans ressortent du dossier médical, si bien qu'on ne saurait conclure à une incapacité de travail totale à ce titre. La recourante semble d'ailleurs admettre que son état de santé s'améliore grâce au traitement médical. Elle évoque certes des effets secondaires incapacitants. Cependant, cette dernière allégation n'est pas non plus étayée et la Dresse D_____ ne mentionne pas de tels effets secondaires.

Par surabondance, même s'il fallait admettre les conclusions de la Dresse D_____, il convient de souligner s'agissant du traitement médical et du suivi qu'il ressort effectivement des rapports de cette praticienne que la compliance de la recourante est loin d'être optimale. Bien que ce médecin ne décrive pas de manière

détaillée les mesures médicales qui permettraient de réduire les limitations qu'elle retient chez la recourante, on peut supposer au vu des différents éléments du dossier et du recours aux médecins durant les périodes de crise uniquement qu'elle fait référence à un traitement plus régulier. Or, selon l'art. 7 al. 1 LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). L'art. 7 al. 2 let. d LAI dispose que l'assuré doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels). Il s'agit en particulier de traitements médicaux au sens de l'art. 25 LAMal. Selon la lettre même de l'art. 28 al. 1 let. a LAI, le droit à la rente est subsidiaire à des mesures de réadaptation permettant de rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain de l'assuré. Partant, la recourante n'a pas droit à une rente si un traitement médical raisonnablement exigible permettrait de réduire une éventuelle incapacité de travail ou de gain.

10. Enfin, il faut souligner que la recourante était femme au foyer lors du dépôt de sa demande. Selon l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels. L'art. 27 1^{ère} phrase du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) dispose que par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. Or, selon la description faite par la recourante au Dr E_____ de ses journées, elle s'occupe du ménage, des emplettes et des repas dans son foyer et prend soin de ses proches. La recourante a au demeurant admis dans ses observations du 8 mars 2013 qu'elle parvenait à faire face aux exigences de sa vie quotidienne en dehors des périodes de crise, avant de revenir – sans explication – sur cette déclaration dans son écriture du 19 juillet 2013. On doit donc admettre que sa capacité à s'occuper des travaux du ménage n'est pas altérée par les éventuelles atteintes psychiques.

Eu égard à ces éléments, la recourante ne présente pas d'invalidité.

11. La recourante conclut encore à la mise en œuvre d'une expertise. Si le droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd., Zurich 2009, n. 72 ad

art. 61 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, dans la mesure où la recourante ne produit aucun document médical qui justifierait que l'on s'écarte des conclusions du Dr E_____ et se contente d'opposer son appréciation aux constatations du médecin examinateur, une telle mesure s'avère superflue, par appréciation anticipée des preuves.

12. La décision de l'intimé sera confirmée.

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

La procédure n'est pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Toutefois, la recourante étant au bénéfice de l'assistance judiciaire, il y a lieu de renoncer au paiement d'un émolument conformément à l'art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA ; RSG 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.
3. Renonce à la perception 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

Brigitte BABEL

Francine PAYOT ZEN-
RUFFINEN

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