

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2123/2013

ATAS/162/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 février 2013

2ème Chambre

En la cause

Madame T _____, domiciliée à MEYRIN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHMIDT

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame T_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), de nationalité suisse, est née en 1959. Elle a effectué une année d'école de commerce après l'école obligatoire. Elle a travaillé comme employée de bureau dès le 1^{er} novembre 1978, mais a subi un accident de la circulation le 24 avril 1979, suite auquel elle présente un raccourcissement du membre inférieur gauche avec des douleurs séquellaires. Elle bénéficie d'une rente d'invalidité de 20% de la SUVA.
2. L'assurée s'est mariée le 3 avril 1981 et a eu un fils en 1983. Elle est veuve depuis le 15 juillet 1983. Elle a travaillé de janvier 1982 à mai 1993 pour l'entreprise X_____ en qualité de dactylo-tireuse, puis de 1996 à 2006 comme maman de jour. Du 1^{er} janvier 2007 au 31 mars 2011, elle a travaillé comme patrouilleuse scolaire à raison de 11 heures par semaine.
3. L'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité le 16 novembre 2005 auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DE GENEVE (ci-après l'OAI ou l'intimé).
4. Par rapport médical du 13 décembre 2005, la Dresse A_____, spécialiste FMH en endocrinologie et diabétologie, a retenu comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail un diabète de type II dès 1995 et un état dépressif avec problématique d'intégration sociale. Elle évaluait l'incapacité de travail à 50% au moins.
5. Dans son rapport médical du 29 décembre 2005, la Dresse B_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de status post accident avec dysfonction et hypomobilité de la cheville gauche, de cervicolombalgies chroniques avec troubles statiques et dégénératifs du rachis ainsi que d'état dépressif chronique. La capacité de travail dans une activité légère adaptée était de 30 à 40% au maximum.
6. Par rapport médical du 27 juin 2006, la Dresse C_____, médecin généraliste, a retenu comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail un status post-accident avec raccourcissement de la jambe gauche ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans symptôme somatique. L'incapacité de travail de sa patiente était totale.
7. L'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DE GENEVE (ci-après l'OAI ou l'intimé) a ordonné un expertise médicale rhumatologique et psychiatrique qu'elle a confiée à la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (ci-après PMU). L'assurée a été examinée par la Dresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et le Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Selon le rapport d'expertise du

18 juin 2007 et son complément du 27 août 2007, les médecins ont retenu comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail un diabète de type 2 insulino-requérant depuis 2006, une hyper-kératose plantaire à gauche, une omarthrose droite, des lombalgies chroniques non spécifiques, un status post double fracture du tibia péroné, des troubles dépressifs récurrents, épisode actuel léger, et des troubles mixtes de la personnalité. Les médecins ont également posé les diagnostics de status post utilisation d'alcool nocive pour la santé et d'hépatite C chronique. Sur le plan psychiatrique, l'expert a retenu des troubles dépressifs récurrents en raison d'une tendance générale de l'assurée à la dépression, avec des états dépressifs sévères dans le passé, l'épisode actuel étant qualifié de léger. En effet, l'assurée avait été hospitalisée en décembre 2003 pour un état dépressif modéré avec éthylisation aigüe, en novembre 2004 pour un tentamen avec alcool et médicaments, ainsi qu'en 2006 pour un trouble dépressif récurrent avec dépendance à l'alcool. Lors de l'entretien, l'assurée avait déclaré qu'elle était toujours triste, irritable et découragée mais que sa thymie était fluctuante, qu'elle se sentait de manière générale moins déprimée qu'auparavant et qu'elle parvenait à contrôler sa consommation d'alcool. L'expert a posé le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité en raison des difficultés de l'assurée à entretenir des relations affectives stables, de sa tendance aux affects dépressifs, de ses passages à l'acte suicidaire et de ses problèmes de dépendance, en particulier à l'alcool. Il était probable que le parcours de l'assurée, adoptée et victime de tentatives d'abus par son père biologique, avait contribué à installer cet équilibre psychique fragile. Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail était entière dans une activité professionnelle respectant certaines limitations fonctionnelles somatiques et de 85% dans l'activité ménagère, l'assurée étant limitée pour nettoyer ses vitres, ses plafonds et effectuer ses grands nettoyages de printemps.

Compte tenu des deux aspects rhumatologique et psychiatrique, les experts ont retenu une incapacité de travail dans toute activité de 25% depuis 1980, de 100% dès le 2 mai 2005, de 50 % de décembre 2005 à juillet 2006 et de 100% dès juillet 2006. À l'avenir, on pouvait espérer une capacité de travail dans une activité adaptée de 50%. Ce pronostic était toutefois réservé en raison du trouble sévère de la personnalité dont souffrait l'assurée et du fait qu'elle n'avait plus travaillé hors de son domicile depuis 1983. Les médecins ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : de manière répétitive, l'activité accroupie ou en appui monopodal des membres inférieurs droit et gauche, l'élévation antérieure ou l'abduction supérieure à 90 degrés, les mouvements de rotation de l'épaule droite ainsi que les travaux en flexion antérieure du tronc avec porte-à-faux. Il convenait également d'éviter la position de travail debout, le port de charges supérieures à 10 kilogrammes, les travaux lourds, les déplacements à pied importants et l'absence de contacts sociaux.

8. L'OAI a diligenté une enquête économique sur le ménage. Dans son rapport du 21 janvier 2008, l'infirmière a retenu un statut mixte d'active à 50% et de ménagère à 50%, car l'assurée avait déclaré qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à mi-temps.

En tenant compte de manière très modeste de l'aide du fils, elle a admis une pondération de 3% et un empêchement nul dans la conduite du ménage, une pondération de 49% et un empêchement de 18% dans l'alimentation, une pondération de 18% et un empêchement de 61% dans l'entretien du logement, une pondération de 8% et un empêchement de 5% dans les emplettes et courses diverses, une pondération de 17% et un empêchement de 45% dans la lessive et l'entretien des vêtements, une pondération nulle dans les soins aux enfants et enfin une pondération de 5% et un empêchement de 55% dans l'accomplissement de tâches diverses. Elle a conclu à une invalidité de 30,6% dans l'accomplissement des tâches ménagères.

9. Par décision du 23 juin 2008, l'OAI a octroyé à l'assurée un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2006. A l'issue du délai de carence d'un an arrivant à échéance le 2 mai 2006, celle-ci était capable de travailler à 50% et présentait des empêchements ménagers de 30,6% de sorte que le taux d'invalidité global de 15% n'ouvrait pas le droit à une rente $[(50\% \times 0\%) + (50\% \times 30,6\%) = 15,5\%]$. Toutefois, dès le 1^{er} juillet 2006, l'état de santé de l'assurée s'était aggravé car elle était devenue totalement incapable d'exercer toute activité professionnelle. Son degré d'invalidité s'élevait depuis lors à 65,3% $[(50\% \times 100\%) + (50\% \times 30,6\%) = 65,3\%]$ et lui donnait droit à un trois quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2006, soit trois mois après l'aggravation de son état de santé.
10. Cette décision n'a pas été contestée.
11. Le 15 décembre 2010, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité en raison d'une aggravation de son état de santé causée par une hernie discale opérée le 10 juillet 2010.
12. Selon le rapport des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG) du 3 septembre 2010, l'évolution était favorable avec une disparition quasi complète des douleurs au niveau du membre inférieur gauche.
13. En revanche, les médecins traitants attestaient d'une aggravation liée à cette hernie et confirmaient les anciens diagnostics. Le Dr F_____, médecin généraliste, retenait notamment dans son rapport du 15 septembre 2011 la présence avec répercussion sur la capacité de travail d'une lombocruralgie gauche en lien avec la hernie discale opérée, d'un status post fracture complexe de la jambe gauche en 1979 avec déficit séquellaire de flexion dorsale du pied gauche, ainsi que d'un état anxio-dépressif depuis 2005. La capacité de travail dans l'activité lucrative adaptée de patrouilleuse scolaire était nulle du 17 mai au 1^{er} février 2011, puis de 14% ensuite. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les positions penchée, accroupie, à genoux ou avec les bras au-dessus de la tête, assise et debout prolongées, les rotations, les déplacements à pieds importants, la montée d'escaliers ou d'échelles, le port de charges supérieur à 2 kilogrammes, les capacités de

concentration et de résistance au-delà de trente minutes et la capacité d'adaptation. Dans son rapport du 7 octobre 2011, la Dresse A_____ faisait également état d'une aggravation de l'état de santé postérieurement à l'opération et d'une incapacité de travail totale. La cause de l'incapacité de travail était somatique. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les positions assise et debout, ainsi que les mouvements du tronc.

14. Suivant l'avis du SMR (Service médical régional AI), l'OAI a décidé d'ordonner une nouvelle expertise rhumato-psychiatrique, qu'il a confiée aux Drs G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et H_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale. Dans son rapport du 30 avril 2012, le Dr G_____ n'a posé aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. L'expert a relevé :

- que l'assurée présentait des éléments attestant d'un tableau de dépression chronique dont la sévérité était insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger (avec un moral et un appétit préservés, une absence de tristesse, d'irritabilité, de ruminations existentielles, d'idées noires, de troubles de la concentration ou de la mémoire, d'anédhonie, de repli social, de perte d'estime de soi, ainsi qu'un sommeil préservé par les médicaments). L'intensité et la fluctuation de ce tableau (l'assurée se sentant moins bien 60% du temps et mieux les 40 % restants) évoquaient un diagnostic de dysthymie, où les sujets restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie, ce qui était le cas en l'espèce.
- une absence de symptomatologie anxieuse ou dépressive significative d'un diagnostic singulier incapacitant.
- une absence de signe floride psychotique et de critère attestant d'un trouble de la personnalité selon la classification internationale des maladies (ci-après CIM-10).
- l'existence d'un tableau algique, sans grande intensité ni détresse. L'assurée avait déclaré, durant l'entretien, que son tableau psychiatrique actuel était superposable à celui qu'elle connaissait depuis longtemps, que ce tableau s'était aggravé entre 2004 et 2007, en raison d'une relation amoureuse avec un homme alcoolique et violent, puis que la symptomatologie psychiatrique s'était améliorée dès 2008 grâce à la rupture de leur couple, sa dépendance à l'alcool ayant également cessé. Comme l'expert psychiatre ne retrouvait aucun symptôme attestant des diagnostics psychiatriques envisagés, notamment aucun signe de dépression majeure ou de trouble de personnalité morbide, il a estimé que depuis 2008, la situation s'était améliorée par rapport à celle décrite dans le rapport d'expertise du 18 juin 2007.

Dans son rapport du 26 avril 2012, le Dr H_____ a retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail des omalgies droites sur tendinopathie du long chef du biceps, un status post-fracture sous capitale de l'humérus en janvier

2010, des lombalgies basses récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, un status post-micro-dysectomie et cure de hernie discale L4-L5 en juillet 2010, un antérolsthésis L3 sur L4 grade II, une discopathie et une arthrose facettaire postérieure sévères L3-L4 et L4-L5, des cervico-brachialgies récurrentes irritatives et déficitaires, ainsi qu'une discopathie sévère C4-C5 et C5-C6. Il a retenu également les diagnostics de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent modéré, de status post-fracture du tibia-péroné en 1979, de status post-toxicomanie de 1980 à 1983, de diabète de type II dès 1995, actuellement stable, et de syndrome anxio-dépressif en 2003. La symptomatologie douloureuse cervicale et lombaire s'était progressivement aggravée depuis 2008 et avait nécessité une opération en juillet 2010. Celle-ci n'avait permis qu'une amélioration temporaire de la symptomatologie douloureuse lombaire, qui récidivait depuis mars 2012. Malgré l'opération, l'expert relevait la persistance d'un syndrome cervico-brachial avec apparition concomitante de paresthésie des mains dès 2010 et d'une tendinopathie du long chef du biceps, difficile à dater. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assurée dans son ancienne activité de patrouilleuse scolaire, déjà adaptée, était de 30%. En tenant compte d'une péjoration sur le plan rhumatologique et d'une amélioration sur le plan psychiatrique, les experts ont conclu que la capacité de travail dans l'ancienne activité lucrative adaptée était de 30 % depuis 2008, sans diminution de rendement. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les mouvements avec de longs bras de levier, les positions immobiles debout et assise, les mouvements fins des bras, les positions au-dessus de l'horizontale et en rotation interne-externe, ainsi que le port de charges supérieures à 5 kilogrammes de manière répétitive.

15. L'OAI a diligenté une nouvelle enquête économique sur le ménage. Selon le rapport du 1^{er} novembre 2012, l'assurée se plaignait de douleurs lombaires et cervicales, de difficultés à se baisser et à rester debout ou assise longtemps, de pertes d'équilibre, d'un manque de force dans les bras et de fourmillements dans les mains. En revanche, elle déclarait que son état dépressif allait mieux grâce à ses médicaments et que sa tête allait très bien. L'enquêtrice a maintenu le status mixte de l'assurée et a conclu, en tenant compte de l'aide du fils, à une invalidité totale de 24,6% dans l'accomplissement des tâches ménagères. Elle a admis une pondération de 5% et un empêchement nul dans la conduite du ménage, une pondération de 48% et un empêchement de 20% dans l'alimentation, une pondération de 20% et un empêchement de 30% dans l'entretien du logement, une pondération de 5% et un empêchement nul dans les emplettes et courses diverses, une pondération de 20% et un empêchement de 40% dans la lessive et l'entretien des vêtements, une pondération nulle dans les soins aux enfants, une pondération de 2% et un empêchement de 50% dans l'accomplissement de tâches diverses.
16. Le 30 novembre 2012, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il entendait lui supprimer sa rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Depuis la décision du 23 juin

2008, son atteinte rhumatologique s'était aggravée, mais son atteinte psychiatrique n'était plus invalidante, de sorte que sa capacité de travail dans son activité habituelle adaptée était désormais de 30%. L'assurée présentait toujours un statut mixte et aucune mesure d'ordre professionnel n'était nécessaire, si bien que son degré d'invalidité dans le domaine professionnel, qui se confondait avec son incapacité de travail, était de 20%. Selon l'enquête ménagère, ses empêchements ménagers étaient de 24,6%. Le calcul du degré d'invalidité aboutissait ainsi à un taux de 22,30 % $[(50\% \times 20\%) + (50\% \times 24,60\%) = 22,30\%]$, ne permettant pas le maintien de la rente d'invalidité octroyée par décision du 23 juin 2008.

17. Par courrier du 13 décembre 2012, l'assurée a contesté le projet de décision du 30 novembre 2012.
18. Par courrier du 27 mars 2013, l'OAI a fixé à l'assurée un délai de trente jours pour compléter son opposition.
19. Sans réponse de l'assurée, l'OAI a confirmé le projet précité par décision du 23 mai 2013.
20. Par acte du 26 juin 2013, complété le 15 août 2013, l'assurée, représentée par un conseil, interjette recours contre la décision du 23 mai 2013. Préalablement, la recourante sollicite l'ouverture d'enquêtes aux fins d'entendre les Drs A_____, I_____ et F_____ et son fils, ainsi que l'autorisation de compléter son recours à l'issue desdites enquêtes. Elle conclut, sous suite de dépens, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, au maintien du trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2013 et plus subsidiairement, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Plus subsidiairement encore, elle sollicite la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

La recourante soutient que l'expertise du Dr G_____ n'a aucune force probante, attendu qu'elle se trouvait pendant l'examen sous traitement médicamenteux visant la symptomatologie dépressive, que l'expert n'a pas indiqué le dosage de ses traitements, que l'intimé n'a pas tenté de mettre en œuvre une expertise consensuelle contrairement aux réquisits jurisprudentiels, que cette expertise a été établie sur la base d'un entretien unique et que l'historique du dossier n'est pas complet, l'expert n'ayant visiblement pris connaissance que de l'expertise bi-disciplinaire du 18 juin 2007 et d'un rapport du Dr F_____. L'expert psychiatre s'est par ailleurs limité à procéder à une nouvelle appréciation du cas. Ses atteintes rhumatologiques se sont péjorées et elle est désormais totalement incapable de travailler, de sorte que son degré d'invalidité est de 50% dans la sphère professionnelle. Quant à l'enquête ménagère, elle ne tient pas suffisamment compte de son état de santé psychique et son fils pourra confirmer un empêchement ménager supérieur à 24,6%. En outre, elle déclare avoir fait une tentative de suicide le 4 mars 2013.

À l'appui de ses écritures, la recourante joint:

- un rapport du Dr J_____, médecin-chef auprès des HUG, attestant d'une intervention chirurgicale réalisée le 23 avril 2013 pour une tumeur de l'oreille moyenne gauche.
- un rapport daté du 3 juillet 2013 de la Dresse A_____, laquelle s'est entretenue avec la recourante trois à quatre fois par année de janvier 1997 à janvier 2013. Elle pose les diagnostics de diabète insulino-nécessitant, d'hépatite C, de status post micro-discectomie sur hernie discale L4-L5, d'état anxio-dépressif récurrent, de status après fractures du membre inférieur gauche, d'ancienne dépendance à l'alcool et d'ancienne toxicomanie. La recourante présente des limitations fonctionnelles somatiques entraînant une incapacité de travail totale et désormais, même ses membres supérieurs sont inopérants. Une chirurgie sera nécessaire en raison de ses atteintes aux mains et avant-bras. Depuis qu'elle suit sa patiente, la capacité de travail de cette-dernière a diminué avec l'apparition de nouvelles pathologies physiques, dans un contexte de fragilité psychologique et d'isolement extrême. Le pronostic est réservé. Elle n'est pas d'accord avec les conclusions du rapport d'expertise des 26 et 30 avril 2012.
- un rapport daté du 8 juillet 2013 du Dr I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui suit la recourante pour la prise en charge d'un état dépressif, à raison d'un entretien tous les quinze jours depuis le 25 janvier 2013. Sa patiente bénéficie également d'une prise en charge groupale, deux fois par semaine, au sein du programme des troubles de l'humeur des HUG. Il retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, et de dépendance à l'alcool. Sa patiente bénéficie d'un traitement journalier composé de 20 milligrammes de Cipralax, de 100 milligrammes de Seroquel et de 1 milligramme de Rivotril, avec une réserve de Temesta. Les limitations fonctionnelles retenues sont une diminution de l'attention, de la concentration et de la résistance au stress ainsi qu'une augmentation de la fatigabilité et de la symptomatologie douloureuse. Actuellement, la capacité de travail est d'environ 50% sur le plan psychiatrique et le pronostic est peu favorable, compte tenu de la chronicité du trouble dépressif. Il n'est pas d'accord avec les conclusions du rapport d'expertise. En effet, il est possible que la recourante n'ait pas décrit une symptomatologie compatible avec un épisode dépressif majeur parce qu'elle était sous traitement médicamenteux au moment de l'expertise.
- Un rapport du Dr F_____ daté du 8 juillet 2013. Il s'est entretenu avec sa patiente à 16 reprises dès le 17 mai 2010. Il pose les diagnostics de lombocuralgies L4 gauches sur hernie discale L4-L5, de syndrome lombo-vertébral chronique résiduel, de status post fracture complexe de la jambe gauche, de tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, de diabète insulino-requérant, de status post résection d'un paragangliome de l'oreille gauche en 2013, de

polyneuropathie sensitivo-motrice, de trouble de l'équilibre avec chutes à répétition, d'état anxio-dépressif chronique, d'hépatite C chronique et de status post toxicomanie ancienne. Les limitations fonctionnelles retenues sont les mouvements fins des membres supérieurs, les positions assise et debout excédant trente minutes, les déplacements, la fatigabilité et un trouble de la concentration. Depuis mai 2010, la capacité de travail s'est péjorée, la patiente est aujourd'hui totalement incapable de travailler et son pronostic est réservé. Il n'est pas d'accord avec les conclusions du rapport d'expertise susmentionné et suggère la mise en place d'une nouvelle expertise.

21. Par décision du 24 juillet 2013, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance juridique.
22. Par réponse au recours du 30 septembre 2013, l'intimé propose que le dossier lui soit renvoyé pour instruction complémentaire et qu'aucune indemnité de dépens ne soit octroyée à la recourante. Vu la teneur du compte-rendu opératoire du 23 avril 2013, il souhaite déterminer l'éventuelle répercussion de la tumeur à l'oreille de la recourante sur sa capacité de travail. La recourante n'a pas droit à une indemnité de dépens puisqu'elle n'a annoncé ni l'existence de sa tumeur ni son intervention chirurgicale, contrairement aux obligations qui lui incombaient.
23. Par réplique du 25 octobre 2013, la recourante persiste dans ses conclusions et s'oppose au renvoi du dossier pour instruction complémentaire. Préalablement à toute instruction concernant l'éventuelle répercussion de la tumeur sur l'incapacité de travail, il convient d'investiguer le caractère invalidant des atteintes psychiatriques et rhumatologiques.
24. Dès lors, 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 s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

-
3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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 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, les faits juridiquement déterminants remontent à 2008. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision de cette loi, puis dès le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications consécutives à la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si, postérieurement à la décision de l'OAI du 23 juin 2008, son état de santé a subi une modification notable influençant son degré d'invalidité et, partant, son droit à une rente d'invalidité.
6. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

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).

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 malade, 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).

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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en

comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

b) 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 LPG), 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).

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).

La valeur probante d'une expertise ne peut être remise en doute du simple fait que son contenu est, d'un point de vue formel, présenté dans deux rapports séparés au lieu d'un seul. Ce qui importe, c'est que les conclusions finales résultent d'un dialogue interdisciplinaire entre les spécialistes impliqués (ATF non publié 9C 874/2011 du 17 juillet 2012, consid. 4.2).

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).

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; ATF non publié 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).

9. Dans un arrêt de principe publié à l'ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en rapport avec la mise en œuvre d'expertises administratives et judiciaires auprès des Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Il a rappelé en particulier que le déroulement équitable de la procédure exige que les prérogatives usuelles dans la procédure administrative générale, découlant du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst et 42 LPGA) et comprenant notamment le droit de faire administrer les preuves essentielles et la participation à l'administration des preuves, soient garanties (ATF 137 V 210, consid. 3.4.2.4). La notion de procès équitable doit être respectée globalement dans les instances successives. L'art. 6 ch. 1 CEDH déploie ainsi des effets sur la procédure administrative précédant le recours judiciaire (Ulrich MEYER-BLASER, *Der Einfluss der Europäischen Menschenrechtskonvention [EMRK] auf das schweizerische Socialversicherungsrecht*, in : ZSR 1994 I, p. 389ss, 401). Dans l'appréciation globale, en particulier afin de déterminer comment des expertises doivent être appréciées compte tenu des exigences de participation, de droit d'être entendu et d'équité, la question de savoir dans quelle mesure les droits des parties ont été mis en œuvre dans la procédure administrative joue un rôle important. Le Tribunal fédéral a par conséquent jugé qu'en l'absence de consensus, il convient de rendre une ordonnance d'expertise sous forme d'une décision incidente (art. 55 LPGA en corrélation avec l'art. 49 LPGA), correspondant à la notion de décision selon l'art. 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA ; RS 172.021), laquelle peut être attaquée devant les tribunaux cantonaux des assurances sociales respectivement le Tribunal administratif fédéral. Il a également défini dans cet arrêt les droits de participation des parties lors de la mise en œuvre d'une expertise administrative et les a renforcés.

Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une « second opinion » superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce

qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7 p. 257; 138 V 271 consid. 1.1 p. 274 s). Notre Haute Cour a également considéré qu'il convient d'accorder une importance plus grande que cela a été le cas jusqu'ici, à la mise en œuvre consensuelle d'une expertise, en s'inspirant notamment de l'art. 93 de la loi fédérale sur l'assurance militaire du 19 juin 1992 (LAM ; RS 833.1) qui prescrit que l'assurance militaire doit rendre une décision incidente susceptible de recours (seulement) lorsqu'elle est en désaccord avec le requérant ou ses proches sur le choix de l'expert. Selon le Tribunal fédéral, il est de la responsabilité tant de l'assureur social que de l'assuré de parer aux alourdissements de la procédure qui peuvent être évités. Il faut également garder à l'esprit qu'une expertise qui repose sur un accord mutuel donne des résultats plus concluants et mieux acceptés par l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 p. 256).

S'agissant plus particulièrement de la mise en œuvre d'une expertise consensuelle, le Tribunal fédéral a précisé dans un arrêt subséquent 9C_950/2011 du 9 mai 2012 (publié à l'ATF 138 V 271 consid. 1.1), qu'il est dans l'intérêt des parties d'éviter une prolongation de la procédure en s'efforçant de parvenir à un consensus sur l'expertise, après que des objections matérielles ou formelles ont été soulevées par l'assuré. La recevabilité des objections n'est soumise à aucun délai, étant précisé que conformément au principe de la bonne foi, l'assuré est tenu de les formuler dès que possible. Si le consensus n'est pas atteint, l'OAI ordonnera une expertise, en rendant une décision qui pourra être attaquée par l'assuré.

Le Tribunal fédéral a encore récemment rappelé que depuis l'ATF 137 V 210, il existe en principe une obligation de la part des offices de l'assurance-invalidité de s'efforcer à mettre en œuvre une expertise consensuelle avant de rendre une décision (ATF non publié 9C_908/2012 du 22 février 2013, consid. 5.1).

10. 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).
11. En l'espèce, il convient de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est modifié entre la décision du 23 juin 2008, dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente, et la décision litigieuse du 23 mai 2013.

Pour répondre à cette question, il sied en premier lieu d'examiner la valeur probante des rapports d'expertise rhumatologique et psychiatrique des 26 et 30 avril 2012.

Il y a lieu de relever que le rapport d'expertise rhumatologique du 26 avril 2012 repose sur une anamnèse détaillée effectuée en connaissance du dossier médical, sur les plaintes de la recourante et sur un examen clinique complet. Les diagnostics et limitations fonctionnelles retenus sont clairement exposés et les conclusions prises de concert par les deux experts, selon lesquelles la recourante présente une capacité de travail globale de 30% dans une activité lucrative adaptée dès 2008, sont motivées. En effet, ces conclusions tiennent compte d'une amélioration conséquente de la symptomatologie psychiatrique, bien qu'il y ait eu une péjoration de la symptomatologie rhumatismale, ainsi que des limitations fonctionnelles somatiques retenues. Sur le plan rhumatologique, l'expert a exposé que la symptomatologie douloureuse cervicale et lombaire de la recourante s'était progressivement péjorée dès 2008 puis s'était exacerbée en mai 2010 et qu'il persistait, malgré une intervention chirurgicale effectuée en juillet 2010, des cervicalgies irritatives avec paresthésies des mains ainsi qu'une tendinopathie du long chef du biceps. Dans la mesure où les limitations fonctionnelles somatiques retenues sont compatibles avec l'exercice d'une activité de patrouilleuse scolaire, que cette activité a été exercée par la recourante à raison de 11 heures par semaine au moins jusqu'en juillet 2010, et qu'il ne ressort pas du rapport que ces atteintes somatiques se seraient significativement aggravées depuis juillet 2010, la capacité de travail globale de 30% retenue dans cette activité apparaît justifiée.

En ce qui concerne le rapport d'expertise psychiatrique du 30 avril 2012, celui-ci repose également sur une anamnèse effectuée en connaissance du dossier médical, ainsi que sur les plaintes de la recourante et sur un examen clinique complet. Les conclusions de l'expert quant à l'existence, sur le plan psychiatrique, d'une capacité de travail totale dans l'activité habituelle adaptée dès 2008 sont également motivées. Après avoir exposé l'historique du dossier, l'anamnèse (familiale, professionnelle et psychosociale) de la recourante, ses plaintes et le status psychiatrique, le Dr G_____ a expliqué en substance qu'il ne retrouvait aucun symptôme des diagnostics psychiatriques envisagés. Selon son rapport, il a observé « des éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger [...], une absence de symptomatologie anxieuse ou dépressive significative d'un diagnostic singulier incapacitant, une absence de signe floride de la série psychotique et de critère CIM-10 de trouble de personnalité, ainsi que l'existence d'un tableau algique, sans grande intensité ni détresse ». L'expert rapporte également que la recourante lui a déclaré à plusieurs reprises une amélioration sensible de sa symptomatologie psychiatrique et l'arrêt de sa dépendance alcoolique dès 2008, suite à sa séparation avec son ancien compagnon. Sur la base de ces observations et de l'évolution favorable décrite par la recourante dès 2008, l'expert a écarté les diagnostics psychiatriques retenus dans le premier rapport d'expertise

bidisciplinaire, daté du 18 juin 2007. Si l'on peut regretter que l'expert n'ait pas mentionné dans son anamnèse les hospitalisations de la recourante intervenues en lien avec un état dépressif et une dépendance à l'alcool en décembre 2003, en novembre 2004, et en 2006, ce manque ne saurait toutefois à lui seul remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise du Dr G_____, compte tenu de l'amélioration convaincante retenue par l'expert dès l'année 2008, qui est corroborée par les déclarations de la recourante.

Au vu de ce qui précède, les rapports d'expertise des 26 et 30 avril 2012 doivent a priori se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence.

On constate également que l'amélioration décrite par le Dr G_____ est corroborée par les déclarations de la recourante ressortant du rapport d'enquête ménagère du 1^{er} novembre 2012, selon lesquelles « son état dépressif va mieux grâce aux médicaments [...] » et « la tête va très bien ».

Les griefs de la recourante concernant la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique doivent être rejetés. En premier lieu, l'expert psychiatre ne s'est pas contredit en ne retenant aucun diagnostic alors que la recourante était sous traitement psychotrope, puisque celle-ci ne présentait au moment de l'examen plus de symptôme attestant d'un trouble psychiatrique. En effet, son traitement permettait à l'évidence de traiter efficacement ses affections psychiques, lesquelles n'avaient plus de conséquences sur sa capacité de travail. Par ailleurs, le fait que le dosage des traitements ne soit pas indiqué dans l'expertise n'a pas d'importance, dans la mesure où ceux-ci sont néanmoins énumérés et n'ont donc pas été ignorés. L'établissement de l'expertise psychiatrique sur la base d'un entretien unique ne remet pas non plus en cause sa valeur probante, puisque celle-ci est complète. L'argument selon lequel l'intimé n'aurait pas tenté de mettre en œuvre une expertise consensuelle contrairement aux réquisits de l'ATF 137 V 210 se révèle également mal fondé. On ne voit pas quel bénéfice la recourante pourrait tirer de la jurisprudence précitée, dans la mesure où elle n'a jamais fait part du moindre désaccord vis-à-vis de l'expertise précitée, qu'il s'agisse du principe de l'expertise, du choix des experts ou des questions qui leur ont été posées. On rappellera également que selon la jurisprudence (ATF 138 V 271 consid. 1.1), il incombait à la recourante, conformément au principe de la bonne foi, de faire valoir ses éventuelles objections dès que possible, ce qu'elle n'a jamais fait en l'espèce. Par ailleurs, bien que l'historique mentionné dans l'expertise psychiatrique puisse paraître sommaire, rien n'indique que le Dr G_____ ne se soit pas prononcé en pleine connaissance du dossier. En effet, le rapport d'expertise du 18 juin 2007 et le rapport médical du Dr F_____ du 15 septembre 2011, que le Dr G_____ a expressément mentionnés, constituaient au moment de l'examen les principaux documents pertinents sur le plan psychiatrique. Le rapport médical de la Dresse A_____ du 7 octobre 2011 n'évoque qu'une problématique purement somatique, et les rapports médicaux plus anciens sont résumés dans l'expertise du

18 juin 2007. Contrairement à ce que laisse entendre la recourante, l'expert psychiatre n'a pas non plus procédé à une nouvelle appréciation d'une situation restée identique depuis 2007, puisqu'il ressort de son rapport une amélioration de la symptomatologie psychiatrique, que la recourante date elle-même de 2008.

Les avis divergents exprimés par les Drs A_____ et F_____ dans leurs rapports respectifs ne permettent pas de s'écarter des conclusions de l'expertise. En effet, ces médecins traitants se sont limités à exprimer leur désaccord vis-à-vis de l'expertise sans apporter d'indice concret pour la mettre en doute, comme le requiert la jurisprudence. En outre, la capacité de travail et le pronostic qu'ils retiennent ne sont pas suffisamment motivés. Ils ne mettent pas non plus en exergue d'éléments dont les experts n'auraient pas tenu compte.

Dans son rapport du 8 juillet 2013, le Dr I_____ indique que la recourante pourrait ne pas avoir décrit une symptomatologie compatible avec un épisode dépressif majeur parce qu'elle était sous traitement médicamenteux au moment de l'examen de l'expert psychiatre. Dans la mesure où ces traitements sont mentionnés dans le rapport du Dr G_____ et qu'il a tenu compte de l'effet de ces médicaments sur l'état de santé de la recourante, le Dr I_____ ne fait état d'aucun élément que ce dernier aurait ignoré, si bien que son avis ne remet pas non plus en cause les conclusions de l'expert.

Au vu de ce qui précède, les conclusions des rapports d'expertise des 26 et 30 avril 2012 emportent la conviction de la Chambre de céans, de sorte qu'il sera retenu que la recourante présente, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, une capacité de travail de 30% dans l'activité lucrative adaptée de patrouilleuse, son état de santé global s'étant amélioré dans cette mesure, dès le 1^{er} décembre 2008 et à tout le moins jusqu'à l'expertise rhumato-psychiatrique d'avril 2012.

12. Postérieurement au mois d'avril 2012, l'état de santé psychique et somatique de la recourante ainsi que sa capacité de travail pourraient s'être aggravés, le dossier ne permettant toutefois pas de se prononcer en l'état sur ces éléments et partant, sur son degré d'invalidité à la date de la décision litigieuse. En effet, la recourante bénéficie d'un suivi psychiatrique auprès du Dr I_____ depuis le 25 janvier 2013, lequel retient dans son dernier rapport les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique et de dépendance à l'alcool. En outre, la recourante allègue avoir tenté de se suicider le 4 mars 2013, ce qui confirme une possible aggravation sur le plan psychiatrique. Par ailleurs, celle-ci a subi une intervention chirurgicale pour une tumeur de l'oreille moyenne gauche le 23 avril 2013, non connue de l'intimé lorsque la décision litigieuse a été rendue. Ces éventuelles aggravations de l'état de santé ont toutes eu lieu avant que l'intimé ne rende sa décision en date du 23 mai 2013. Or, selon la jurisprudence, 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 (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

Compte tenu des éléments médicaux susmentionnés, dont il sied de tenir compte puisque ceux-ci sont intervenus avant le prononcé de la décision litigieuse, il y a lieu de renvoyer le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire, afin que celui-ci mette en œuvre une nouvelle expertise en médecine interne, rhumatologie et psychiatrie. Celle-ci pourra être réalisée par un complément d'expertise auprès des deux experts déjà mandatés par l'OAI ainsi que par une expertise en médecine interne, étant précisé que les conclusions communes devront être prises à la suite d'un concilium entre les experts. Il conviendra que ces derniers se déterminent sur l'éventuelle aggravation de l'état de santé et sur la capacité de travail de la recourante pour la période du 19 avril 2012 jusqu'au 23 mai 2013, date de la décision litigieuse.

Compte tenu du renvoi du dossier à l'intimé, il n'est pas nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire ni d'entendre les Drs A_____, I_____ et F_____, ainsi que le fils de la recourante.

13. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé, à charge pour celui-ci de mettre en œuvre le complément d'expertise susmentionné, puis si les conclusions des experts l'imposent, une nouvelle enquête ménagère.

La recourante, représentée par un conseil, obtient partiellement gain de cause, de sorte qu'une indemnité doit lui être accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA). Comme celle-ci n'a pas communiqué les faits justifiant le renvoi avant le prononcé de la décision litigieuse, entraînant ainsi des frais de procédure inutiles, il se justifie de réduire légèrement le montant de l'indemnité auquel elle a droit (ATFA non publié I 380/01 du 6 mai 2002, consid. 4). Après réduction, son indemnité de dépens s'élève à 1'700 fr.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de 200 fr. est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Annule la décision du 23 mai 2013 de l'OAI et lui renvoie le dossier pour la mise en œuvre d'un complément d'expertise au sens des considérants.
3. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'700 fr. à titre de dépens.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; 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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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