

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2518/2009

ATAS/848/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 24 août 2010

En la cause

Madame P _____, domiciliée à Meyrin, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Cyril AELLEN

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

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

EN FAIT

1. Madame P_____, née en 1962, célibataire et mère d'un enfant âgé de 19 ans, est titulaire d'un CFC d'employée de bureau. Elle a travaillé en cette qualité durant de nombreuses années, puis en tant que chauffeur de taxi.
2. En date du 15 février 1996, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI), motif pris qu'elle avait subi une éventration suite à sa grossesse.
3. L'OAI, dans le cadre de l'instruction du dossier, a confié au Dr A_____, FMH en chirurgie, le soin de procéder à l'expertise de l'assurée. De son rapport du 7 septembre 1998, il ressort que l'assurée s'est plainte de douleurs abdominales diffuses, principalement situées dans la région épigastrique, dans la fosse iliaque gauche et le long du flanc gauche. Ces douleurs étaient alors permanentes mais pouvaient s'exacerber plusieurs fois par jour et s'accompagner de nausées et de vomissements. Les douleurs étaient ressenties comme des coups de couteaux ou des décharges électriques. Lorsque les douleurs s'exacerbaient, elles pouvaient durer plusieurs jours et l'assurée devait alors s'aliter. L'expert a diagnostiqué des douleurs abdominales diffuses, un status après 3 laparotomies pour suspicion non confirmée de hernie, une petite hernie cicatricielle sous-xyphoïdienne et des troubles psychiques. L'expert a conclu que, sur le plan somatique, l'assurée ne subissait aucune incapacité de travail dans son activité d'employée de bureau.
4. Par la suite, l'OAI a confié à la Dresse B_____, FMH en psychiatrie et en psychothérapie, un mandat d'expertise. Dans son rapport du 15 novembre 1998, l'expert a diagnostiqué une personnalité limite avec des défenses de type caractériel et hystérique, une symptomatologie anxio-dépressive fluctuante, des douleurs abdominales chroniques et diffuses, une névrose de revendication avec majoration des symptômes physiques en vue de l'obtention d'une rente et un abus de substances médicamenteuses. L'expert a alors conclu que l'assurée jouissait d'une capacité de travail entière dans l'activité d'employée de bureau.
5. Fort de ces constats, l'OAI a rejeté, par décision, du 3 février 1999, la demande de prestations d'invalidité de l'assurée, à l'encontre de laquelle cette dernière a recouru auprès de la Commission cantonale de recours AVS-AI-APG-PCF-RMCAS (ci-après CCR).
6. Par jugement du 22 mars 2000, la CRR a annulé la décision querellée et renvoyé le dossier à l'OAI pour la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. L'OAI a alors saisi le Tribunal fédéral des assurances d'un recours de droit administratif lequel a admis, par arrêt du 6 novembre 2000 (I 328/00), le bien fondé du recours et annulé le jugement querellé, au motif qu'il n'y avait pas d'arguments propres à remettre en cause les expertises du Dr A_____ et de la Dresse B_____.

Selon les juges fédéraux, il fallait admettre que, d'un point de vue somatique, l'assurée ne subissait pas d'incapacité de travail susceptible de fonder son droit à la rente. Il en allait de même sous l'angle psychique.

7. En date du 19 septembre 2003, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, motif pris qu'elle souffrait de colites chroniques accompagnées de violentes douleurs.
8. Dans un rapport médical du 27 septembre 2003 établi à la demande de l'OAI, le médecin-traitant de l'assurée, le Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué des troubles somatomorphes digestifs et des troubles de l'adaptation avec plaintes somatiques (diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail). Comme trouble n'ayant pas de répercussions sur la capacité de travail, ce médecin a retenu une éventration abdominale postpartum avec plusieurs reconstitutions chirurgicales. Quant aux plaintes de l'assurée, elles étaient les suivantes: nausées, vomissements, spasmes, coliques et, parfois, dorsolombalgies violentes.
9. Par décision sur opposition du 6 février 2004, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que son état de santé ne s'était pas aggravé par rapport à la première décision de refus. En d'autres termes, la situation était identique à celle de 1996 où l'atteinte à la santé n'avait pas été reconnue comme une maladie invalidante l'empêchant de reprendre son ancienne activité d'employée de bureau. L'assurée n'a pas recouru contre cette décision.
10. Du 1^{er} juin 2004 au 31 juillet 2007, l'assurée a travaillé pour le compte de l'entreprise X_____, sise à Genève, en qualité de chauffeur professionnel, à raison d'un taux d'activité de 50%.
11. Dans l'intervalle, l'assurée a déposé, en date du 23 avril 2007, une troisième demande de prestations d'invalidité, motif pris qu'elle souffrait de colites de plus en plus douloureuses, provoquant des crises violentes.
12. Le 1^{er} août 2007, elle s'est inscrite à l'Office cantonal de l'emploi (ci-après l'OCE) et un délai-cadre d'indemnisation a été ouvert du 1^{er} août 2008 au 31 juillet 2009.
13. Par courrier du 1^{er} octobre 2007 destiné à l'OAI, le Dr C_____ demandait une dispense de l'obligation de remplir la demande de rapport, compte tenu d'une relation "médecin-malade" très difficile, tout en suggérant de confier le dossier à un expert.
14. Par certificat médical du 31 mars 2008, le Dr C_____ a certifié que l'assurée souffrait depuis peu, en sus de ses autres atteintes, d'une déhiscence du muscle grand droit abdominal, juste en regard de la vésicule biliaire.

15. Selon avis médical du 6 mai 2008, le SMR Suisse romande (ci-après le SMR) exposait que les éléments médicaux étaient identiques à ceux invoqués dans le cadre de la procédure qui s'est terminée par l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 6 novembre 2000. Concernant la déhiscence du grand droit, elle n'empêche pas l'assurée de travailler comme employée de bureau ou comme chauffeur. Il n'y avait ainsi pas d'incapacité de travail durable.
16. Par décision du 27 juin 2008, l'OCE a nié à l'assurée le droit aux prestations cantonales en cas d'incapacité passagère de travail, ce dès le 20 juin 2008. L'OCE s'est fondé sur l'avis médical de son médecin-conseil, le Dr D_____, FMH en médecine générale, lequel a indiqué, dans un rapport du 24 juin 2008, que l'assurée est médicalement inapte à l'emploi.
17. Dans un projet de décision du 7 juillet 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'aucune pathologie somatique ayant des répercussions durables sur la capacité de travail n'avait pu être mise en évidence.
18. Par pli du 28 juillet 2008, l'assurée s'est opposée au projet de décision. Elle exposait, en substance, que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis des années, voire qu'il s'était empiré. Elle estimait que le dossier médical n'avait pas été réactualisé.
19. Selon avis médical du 21 août 2008, le SMR proposait la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire psychiatrique et médico-chirurgicale afin de compléter le dossier, en raison des nouvelles atteintes alléguées par l'assurée.
20. Mandaté par l'OAI, le Centre d'expertise médicale (ci-après le CEMED) a rendu, en date du 27 novembre 2008, un rapport d'expertise bidisciplinaire, sous l'égide du Dr E_____, FMH en médecine interne et du Dr F_____, FMH en psychiatrie et physiothérapie. Dans ce cadre, l'assurée a exposé qu'elle est suivie par le Dr C_____ depuis 1998, afin d'atténuer une longue histoire de nausées, de vomissements et de coliques. Les experts relèvent que la symptomatologie présentée par l'assurée est complexe, faite de crises douloureuses en colique, accompagnées de troubles du transit, de nausées, de céphalées et d'irritabilité. Malgré l'importance du tableau douloureux, de longue durée, il n'a jamais été constaté d'éléments suggestifs d'un iléus ou d'une pancréatite. De même, il n'a pas été relevé de maladie inflammatoire. Les douleurs sont clairement exacerbées par le stress, l'émotion mais aussi et surtout par les efforts, la position et certains mouvements comme le fait de porter les bras au-dessus de l'horizontal des épaules. Cette longue anamnèse de douleurs, essentiellement pariétales, ne reçoit pas de claire explication somatique et, finalement, il n'a jamais été posé de diagnostic précis. Sur le plan somatique, les douleurs chroniques de la paroi abdominale et le status après trois laparotomies avec mise en place d'un filet sur faiblesse alléguée de la paroi abdominale permettent de retenir, comme seule limitation fonctionnelle,

une intolérance au port de charges. Dans une activité de chauffeur de taxi, éventuellement exposée au port de charges, il en résulte une baisse de rendement estimée à 30%. Dans une activité d'employée de bureau, la capacité de travail est complète. Sur le plan psychique, l'assurée ne présente pas de limitations de sa capacité de travail. Celle-ci est totalement occultée par le mouvement de revendication et la recherche de reconnaissance d'un statut d'invalide par la société, explicitement verbalisée par l'assurée. Il y a un décalage important entre les plaintes psychiques et somatiques de l'assurée, et ce qui est observé en cours d'entretien (par exemple le fait que l'assurée n'a pas montré de signes de tristesse sévère, de désespoir, de fatigue, de troubles de la concentration ni de la mémoire durant 90 minutes d'entretien avec l'expert; elle n'a pas montré de signes de douleurs abdominales; elle a tout au plus montré une gêne à quelques reprises, n'a pas vomi, etc.). Comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, les experts ont retenu des douleurs pariétales abdominales d'origine incertaine ainsi qu'un status après triple laparotomie et mise en place d'un filet. Comme diagnostics n'ayant pas de répercussions sur la capacité de travail, les experts ont retenu de probables troubles digestifs fonctionnels, des céphalées mixtes, un tabagisme chronique, une lithiase vésiculaire, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, une personnalité émotionnellement labile, un syndrome de dépendance aux benzodiazépines, une dysthymie, un syndrome de dépendance à la morphine, actuellement abstinente. Sur le plan somatique, la capacité de travail de l'assurée est de 100% dans l'activité d'employée de bureau, et de 70% en qualité de chauffeur de taxi. Sur le plan psychique, la capacité de travail est de 100% comme employée de bureau. Comme chauffeur de taxi, l'assurée pourrait travailler à 100%, mais un vécu subjectivement difficile des douleurs et la consommation de Valium et de Deanxit contre-indiquent la poursuite d'une telle activité (risque d'accident accru à cause de possibles effets secondaires).

21. En date du 18 décembre 2008, le Département des neurosciences cliniques des Hôpitaux universitaires genevois (ci-après les HUG), sous la plume du Dr G_____, exposait que l'assurée a une bonne nosognosie de ses difficultés qui touchent essentiellement, comme lors du premier bilan à la consultation mémoire, la concentration et la mémoire de travail. L'origine des troubles est multifactorielle: état douloureux chronique sur colopathie et migraines, anxiété chronique avec insomnies et fatigue, médicaments psychotropes à effet anticholinergique (effet délétère sur la concentration) et hygiène de vie (tabagisme, sédentarité, peu d'exercices physiques).
22. Par décision du 15 juin 2009, l'OAI a prononcé un refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, motif pris que la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assurée était de 100%, comme employée de bureau, sans baisse de rendement, eu égard à ses limitations fonctionnelles.

23. En date du 15 juillet 2009, l'assurée forme recours contre la décision, arguant qu'il n'a pas été tenu compte de l'aggravation de son état de santé depuis 1995.
24. Par écriture du 5 août 2009, l'intimé conclut au rejet du recours, pour les motifs indiqués dans la décision entreprise.
25. Suite à une échographie de la paroi abdominale et de l'abdomen supérieur, le Dr H_____, FMH en radiologie, a diagnostiqué, en date du 17 août 2009, une hernie de la ligne blanche au-dessus du filet pariétal avec diastasis évaluable à environ 1.8 cm, engagé par une formation solide vascularisée, correspondant plus vraisemblablement à une formation graisseuse à proximité du ligament falciforme.
26. Par certificat médical du 31 août 2009, le Dr C_____ a certifié que la recourante souffrait d'une éventration de la ligne blanche connue avant 1998. Selon ce médecin, la situation s'est compliquée début août 2009 d'un élargissement de l'ouverture de l'éventration avec apparition d'une hernie et un risque de strangulation herniaire. Une intervention chirurgicale devait avoir lieu.
27. Dans son écriture du 22 septembre 2009, la recourante expose que son état de santé s'est fortement péjoré depuis le prononcé de la décision litigieuse, eu égard au rapport du Dr H_____ du 17 août 2009.
28. Selon document du 25 septembre 2009 établi par les HUG et intitulé "instructions si problèmes post-opératoires urgent", il en ressort qu'une intervention, consistant en une cure d'éventration intra-péritonéale laparoscopique avec filet Parietex, devait avoir lieu ce jour-là.
29. Par écriture du 12 octobre 2009, l'intimé expose que le certificat du Dr C_____ du 31 août 2009 ne permet pas de modifier l'appréciation du dossier. En effet, selon un avis médical du SMR du 8 octobre 2009, l'atteinte rapportée dans ce document n'est susceptible d'entraîner qu'une incapacité provisoire de quelques semaines.
30. Convoqué en audience d'enquêtes du 2 février 2010, le Dr C_____ a refusé d'être entendu par le Tribunal de céans.
31. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 9 février 2010, la recourante a déclaré que son problème de santé a débuté après son accouchement en 1990. L'hernie s'est ensuite péjorée et la situation s'est aggravée peu à peu. L'opération qu'elle a subie en septembre 2009 a légèrement diminué la fréquence des vomissements, soit de 4 à 2 fois par semaine. Toutefois, elle indique être parfois nauséuse et vomir même en étant couchée. Les crampes ont lieu tous les jours dès qu'elle se lève. Il y a d'autres moments où elle se sent assez bien. Elle précise qu'elle conteste l'expertise du CEMED, qui n'a pas suffisamment pris en compte les limitations dues aux vomissements et aux douleurs. En effet, chaque mouvement provoque des douleurs. Elle expose que depuis l'opération, elle pense

être capable de travailler à mi-temps, à la condition qu'elle puisse disposer de deux heures le matin avant le début du travail, pour juguler les nausées et les douleurs. Si elle prend du PRIMPERAN, elle parvient généralement à stabiliser la situation. Par contre, lorsque les nausées commencent, elles durent des heures, et comme elle ne parvient pas à manger, elle vomit de la bile. Quant à l'intimé, il a répété que les conditions d'octroi des mesures professionnelles et de rente n'étaient pas réalisées. Pour le surplus, il ajoutait que les plaintes de douleurs et de vomissements avaient été mentionnées dans l'expertise CEMED.

32. Par écriture du 28 avril 2010, l'intimé argumente que le rapport du CEMED du 27 novembre 2008 remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante, de sorte que la décision querellée est légitime. L'intimé expose en outre que la recourante n'apporte aucun élément probant susceptible de remettre en cause ladite expertise. C'est en vain que la recourante allègue que les experts n'auraient pas suffisamment pris en compte l'influence de ses crampes abdominales et de ses vomissements sur la capacité travail, dès lors que ces troubles ont été relevés à plusieurs reprises dans le rapport des experts. C'est précisément pour tenir compte des douleurs abdominales que les spécialistes ont retenu, comme limitation fonctionnelle, le port de charges de plus de 10 kilos, et ont admis une baisse de rendement de 30% dans son activité habituelle de chauffeur de taxi. L'intimé conclut ainsi au rejet du recours.
33. Selon attestation médicale du 20 mai 2010, le Dr I_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui suit la recourante depuis janvier 2010, expose que le trouble de la personnalité décrit par la Dresse B_____ et le Dr F_____ représente actuellement le problème médical le plus important et justifie une incapacité de travail.
34. Dans son écriture du 21 mai 2010, la recourante reprend les propos qu'elle a tenus lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 9 février 2010. Elle se réfère, pour le surplus, aux documents médicaux qu'elle a produits dans le cadre de la procédure et en particulier, pour justifier l'aggravation de son état, aux rapports des HUG des 18 décembre 2008 et 25 septembre 2009, ainsi qu'à celui du Dr I_____ du 20 mai 2010.
35. Par acte du 16 juin 2010, l'intimé expose que les documents médicaux fournis par la recourante n'apportent pas d'éléments concrets en faveur d'une aggravation durable. S'agissant par ailleurs des événements survenus postérieurement à la décision querellée, l'intimé observe que s'ils peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'une demande de révision de la part de la recourante, ces faits ne sont toutefois pas de nature à influencer l'appréciation du dossier au moment où la décision attaquée a été rendue.
36. La cause a été gardée à juger le 24 juin 2010.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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 est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

En l'espèce, la demande de prestations a été formée le 23 avril 2007 et la décision litigieuse date du 15 juin 2009. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 et des modifications de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Est litigieux le droit à une rente d'invalidité et, singulièrement, l'aggravation de l'état de santé de la recourante et la prise en compte de ses limitations fonctionnelles (douleurs et vomissements).
5. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA). Conformément à l'art. 7 al. 1^{er} 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).

b) 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.

c) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, *in* : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268).

Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Selon la jurisprudence, le fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par des relations de service ne permet pas pour ce seul motif de conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité de sa part. Il faut qu'il existe des circonstances particulières qui justifient objectivement la méfiance de l'assuré pour ce qui est de l'impartialité de l'appréciation. Le Tribunal fédéral a ainsi jugé que l'indépendance et l'impartialité des médecins du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) étaient garanties déjà avant l'entrée en vigueur de leur nouveau statut du 1^{er} juin 1994 (ATF 123 V 175 ; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193). De même, il a statué qu'en matière d'assurance-accidents, l'administration et le juge des assurances sociales pouvaient, sous certaines réserves, se prononcer sur la base d'expertises réalisées par des médecins liés à l'institution d'assurance (ATF 122 V 157). La Cour européenne des droits de l'homme a d'ailleurs rejeté le recours déposé par l'assuré contre le jugement précité (arrêt Bicer contre la Suisse du 22 juin 1999 *in* JAAC 2000 138 1341). Selon la jurisprudence de la Cour, le fait que les experts mandatés par le tribunal soient subordonnés à l'une des parties n'est en principe pas incompatible avec l'art. 6 par. 1^{er} de la Convention européenne des droits de l'homme qui garantit le droit à un procès équitable (JAAC 1998 95 917).

d) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b; 117 V 200 consid. 4b et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). Ces principes, développés par la jurisprudence en relation avec la nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 3 et 4 RAI), sont applicables par analogie à la demande de révision (ATF 130 V 73 consid. 3).

On ajoutera qu'à l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force 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 révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5).

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

6. L'intimé ayant décidé d'entrer en matière et d'instruire la nouvelle demande la recourante, il y a lieu d'examiner ses griefs. Elle reproche à l'intimé, et en cela aux experts mandatés, de ne pas avoir suffisamment tenu compte de ses problèmes liés à ses douleurs au ventre et à ses vomissements. Elle fait également reproche à l'intimé de ne pas avoir pris en considération l'aggravation de son état de santé.

En premier lieu, l'assurée fait grief à l'OAI et aux experts de n pas avoir correctement constaté et pris en considération des limitations fonctionnelles, telles que les douleurs au ventre et les vomissements. Toutefois, force est de constater que les experts du CEMED ont clairement tenu compte des douleurs abdominales alléguées par la recourante. En effet, sur le plan somatique, les experts ont relevé que les douleurs de la paroi abdominale chronique et le status après trois laparotomies avec mise en place d'un filet permettent de retenir, comme seule limitation fonctionnelle, une intolérance au port de charges. Dans une activité de chauffeur de taxi, éventuellement exposée au port de charges, il en résulte une baisse de rendement estimée à 30%. Dans une activité d'employée de bureau, la capacité est complète. Les experts relèvent également que la recourante n'a émis aucune plainte quant à des nausées et n'a pas vomi, durant 90 minutes d'entretien. Certes, le fait de ne pas vomir durant 90 minutes n'exclut pas, en soi, l'existence de vomissements fréquents. Toutefois, ceux-ci n'ont été ni constatés par ses médecins-traitants, ni par les nombreux experts qui l'ont auscultée. De surcroît, la recourante n'a pas été en mesure de démontrer, dans le cadre de la procédure, l'existence, cas échéant l'intensité, des vomissements, et ce au degré de la vraisemblance prépondérante. A relever qu'elle admet une amélioration, soit une diminution des épisodes, depuis l'intervention du mois de septembre 2009. Elle allègue alors vomir deux fois par semaine, ce qui ne constitue manifestement pas une limitation à une activité de bureau.

Par ailleurs, la recourante n'indique pas précisément en quoi l'expertise du 27 novembre 2008 diligentée par le CEMED ne répondrait pas aux exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante d'une expertise médicale. À cet égard, et à la lecture de cette expertise, le Tribunal de céans constate que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la recourante, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions des experts sont dûment motivées. Qui plus est, les conclusions de l'expertise du CEMED sont superposables à celles des rapports émis les 7 septembre 1998 et 15 novembre 1998 par le Dr A _____, respectivement par la Dresse B _____.

Enfin, quant aux divers rapports médicaux produits par la recourante dans le cadre de la présente procédure, aucun des médecins consultés n'a contredit, de manière motivée, les conclusions des experts. En effet, la recourante se fonde, en premier

lieu, sur l'avis du médecin-conseil de l'OCE qui l'a déclarée inapte au travail. A cet égard, quant au moyen tiré d'un manque de coordination entre l'assurance-chômage et l'assurance-invalidité, ces deux assurances sociales n'ont pas un caractère complémentaire réciproque et tiennent compte de critères différents (notamment l'incapacité de travail pour l'AI, l'aptitude au placement pour l'assurance chômage). Un assuré peut dès lors être inapte au placement du point de vue de la législation sur l'assurance-chômage et se voir nier le droit à l'indemnité, même si son incapacité de travail est trop faible pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité (DTA 1999 n° 19 p. 104 consid. 2 et 3; ATFA non publié du 3 mars 2006, C 282/05 consid. 2.3). En l'espèce, l'avis médical de l'OCE n'est ni motivé, ni étayé, de sorte qu'il n'est d'aucun secours pour la recourante. En deuxième lieu, le Dr C _____ n'a jamais développé les raisons pour lesquelles les conclusions des expertises effectuées ne seraient pas soutenables et il a même refusé d'être entendu par le Tribunal de céans. Au demeurant, il n'a jamais attesté d'une incapacité de travail liée aux problèmes abdominaux de sa patiente. Il a clairement établi, en 2003 que l'éventration postpartum n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail et n'a jamais attesté, depuis lors de répercussion sur la capacité de travail, son certificat médical du 31 août 2009 se contentant d'annoncer une intervention chirurgicale. En troisième lieu, la recourante a produit un certificat médical succinct du Dr I _____ du mois de mai 2010 qui expose que le trouble de la personnalité de la recourante justifie, selon lui, une incapacité de travail. Non seulement ce médecin ne précise pas le début de l'incapacité alléguée ni le taux, mais encore il ne développe pas les raisons pour lesquelles les précédentes expertises psychiatriques ne seraient pas soutenables. Il semble enfin faire état d'une aggravation postérieure à la décision querellée, point qui sera examiné subséquemment. En quatrième lieu, la recourante allègue également souffrir de troubles mnésiques. Les experts du CEMED en ont également tenu compte dans le cadre de l'expertise, précisant que la recourante n'a pas montré, durant l'entretien, de troubles de la mémoire ou de la concentration. Quant au rapport des HUG du 18 décembre 2008 produit par la recourante, il n'expose pas que les troubles de la concentration et de la mémoire auraient une influence sur sa capacité de travail.

Ainsi, les avis médicaux produits ne permettent pas de s'écarter des conclusions des experts et aucun d'entre eux n'atteste d'un diagnostic objectivant les plaintes de la patiente, ni d'une incapacité de travail consécutive aux troubles abdominaux allégués, dans une activité adaptée tenant compte de la seule limitation déterminante soit le port de charges.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de conférer à l'expertise effectuée par le CEMED pleine valeur probante, de sorte que la décision querellée n'est pas critiquable sur ce point.

7. En second lieu, la recourante fait reproche à l'intimé de ne pas avoir tenu suffisamment compte de l'aggravation de son état de santé. Eu égard aux plaintes

exprimées par la recourante en rapport avec ses douleurs et vomissements, aucune aggravation n'a été constatée médicalement depuis le dépôt de sa première demande de prestations en 1996, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.

La recourante expose que son état de santé s'est aggravé au mois d'août 2009 suite à la constatation d'un élargissement de l'ouverture de l'éventration avec apparition d'une hernie et un risque de strangulation herniaire, pour lequel elle a subi une intervention chirurgicale le 25 septembre 2009, consistant en une cure d'éventration intra-péritonéale laparoscopique avec filet Parietex.

À considérer qu'il s'agisse effectivement d'une aggravation de l'éventration, dès lors que ce diagnostic n'a jamais été constaté par les divers chirurgiens qui ont opéré la recourante, ni par les experts qui l'ont auscultée, du moins jusqu'en 2008 à teneur du dossier, force est de constater qu'elle est postérieure à la décision querellée (juin 2009), de sorte qu'elle doit, cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle demande auprès de l'office compétent, si tant est que les conditions en soient réalisées. Il en va de même de l'aggravation alléguée par le Dr I _____ dans son attestation médicale du mois de mai 2010.

Pour le surplus, l'aggravation relative à l'éventration n'a duré qu'un mois, dès lors qu'elle date du mois d'août 2009 et que l'état de santé de la recourante s'est amélioré, selon ses propres déclarations, suite à l'intervention du mois de septembre 2009. À ce sujet, la recourante ne démontre pas que cette atteinte aurait des conséquences sur sa capacité de travail à long terme.

Partant, la décision querellée n'est pas critiquable sur ce point également.

8. Au vu de ce qui précède, l'intimé est fondé à refuser une rente d'invalidité à la recourante, dès lors que la capacité de gain raisonnablement exigible dans l'activité d'employée de bureau, qui est équivalente voire supérieure à la capacité de gain possible comme chauffeur, est complète.

Mal fondé, le recours est rejeté.

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, a apporté des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'il sera perçu un émolument de 200 fr.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
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

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

Le secrétaire-juriste :
Jean-Martin DROZ

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