

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/744/2008

ATAS/1051/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 5**

**du 26 août 2009**

En la cause

Madame G \_\_\_\_\_, domiciliée au Grand-Lancy, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître BOHLER Antoine

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue  
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique  
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Mme G \_\_\_\_\_, née en 1968, divorcée en 1996 et sans enfant, a une formation inachevée d'employée de commerce. En dernier lieu, elle a travaillé, depuis 1996, comme secrétaire-réceptionniste et assistante dans un laboratoire d'analyses médicales avec un salaire, en 2005, de 5'531 fr. Ce contrat a été résilié pour le 31 octobre 2005.
2. Depuis le 9 juillet 2004, elle est en arrêt de travail total, à part une reprise de travail à 50 % du 16 août au 1<sup>er</sup> septembre, puis à 100 % jusqu'au 26 septembre 2004.
3. En septembre 2004, une adénomatoze hépatique multiple est diagnostiquée. Le 6 avril 2005, elle subit une hépatectomie droite et une résection d'une tumeur nécrotique et hémorragique. Dans leur rapport du 18 mai 2005, les Drs L \_\_\_\_\_, M \_\_\_\_\_ et le Prof. N \_\_\_\_\_ du Service de chirurgie viscérale des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) attestent que la patiente présente des suites post-opératoires simples et qu'elle quitte le service en bon état et afebrile au 9<sup>ème</sup> jour post-opératoire pour un retour à domicile. Il y a une incapacité de travail du 5 avril au 15 mai 2005.
4. Par demande reçue le 14 septembre 2005, l'intéressée requiert des prestations de l'assurance-invalidité.
5. Dans son rapport du 23 novembre 2005, le Dr O \_\_\_\_\_ du Groupe médical du Petit-Lancy diagnostique une adénomatoze hépatite multiple et un état dépressif. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne une obésité sur trouble des conduites alimentaires, une stéatose hépatique, une atopie (eczéma, pollinose), un asthme, une gastrite et une hyperlipidémie mixte. Il signale une prise de poids depuis 1988 (80 kg) atteignant son maximum entre 1991 et 1994 (140 kg) et une prise en charge psychologique et diététique à l'Unité de nutrition des HUG avec un succès moyen. La patiente s'est mariée en 1991 et a divorcé peu de temps après. En 2004 débute un état dépressif avec tristesse et ralentissement psychomoteur. Après l'intervention chirurgicale en avril 2005, elle présente toujours des douleurs abdominales. Le Dr O \_\_\_\_\_ indique en outre que l'adénomatoze concerne l'ensemble du foie et que seul le lobe droit a été réséqué, de sorte que la maladie est toujours présente. En raison des douleurs, d'un affaiblissement général et d'un état dépressif, antérieur au licenciement de la patiente, mais aggravé par cette circonstance, la capacité de travail est nulle. La patiente souhaite retrouver un statut professionnel, mais comme le pronostic est réservé, elle a formé une demande de mesures professionnelles et d'une rente. Le traitement médical consiste en antidépresseurs, tranquillisants, antalgiques, prokinétiques gastriques et un soutien psychologique.

6. Dans son rapport du 13 juin 2006, le Prof. P \_\_\_\_\_ du Service de chirurgie viscérale des HUG informe le Dr O \_\_\_\_\_ avoir vu sa patiente la veille en consultation. Elle lui a dit de ne pas avoir repris son travail en raison, dans un premier temps, de douleurs résiduelles, puis d'un licenciement. Elle allait relativement bien jusqu'à fin avril 2006. Depuis cette date, elle se plaint d'une fièvre persistante entre 38 et 39° chaque jour et de douleurs. A l'examen clinique, elle apparaît au Prof. P \_\_\_\_\_ en assez bonne forme. Les examens de sang n'ont pas permis de constater un syndrome biologique inflammatoire. A l'examen du scanner et de l'IRM, ce chirurgien décèle des nodules d'adénomatose relativement importants dans le foie gauche, la plus grande faisant 5 cm. Il n'y a cependant pas de critères de malignité et aucun élément radiologique ne permet d'expliquer l'état fébrile et les douleurs. Si les adénomes devaient augmenter de volume et présenter un risque pour la patiente, il faudra discuter de l'éventualité d'une transplantation du foie, décision très difficile s'agissant d'une jeune patiente porteuse de "tumeurs bénignes" mais avec un potentiel hémorragique ou de dégénérescence.
7. Le 22 août 2006, le Dr O \_\_\_\_\_ informe l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) que sa patiente prend un traitement antalgique, antidépresseur et anxiolytique, ainsi que de confort gastrique et contre la constipation.
8. Dans son rapport d'examen du 31 octobre 2006, le Dr Q \_\_\_\_\_ du Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR) estime que l'assurée est apte à reprendre une activité professionnelle depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2005, à savoir six mois après l'intervention chirurgicale.
9. Par projet de décision du 3 novembre 2006, l'OCAI informe l'assurée qu'il a l'intention de lui octroyer une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre 2005 au 31 janvier 2006.
10. Le 22 janvier 2007, le Dr O \_\_\_\_\_ renseigne le médecin-conseil de l'assurance-maladie de l'assurée. Il lui communique ce qui suit :

"La maladie hépatique montre une progression faible de l'adénomatose et aucune pathologie n'est radiologiquement visible qui explique les douleurs abdominales de la patiente. On peut provisoirement conclure à un syndrome fonctionnel douloureux du type intestin irritable.

L'état dépressif est la cause principale actuelle de l'incapacité de travail: après l'hépatectomie droite et les multiples investigations subies, la patiente est en état de régression sociale (elle vit chez son père, ayant renoncé à vivre seule). L'examen montre une perte d'intérêt, d'initiative et de plaisir, un pessimisme face à l'avenir, de la tristesse et des troubles de la concentration.

Cet état dépressif se greffe sur un trouble anxieux préexistant avec obésité morbide sur trouble des conduites alimentaires. Elle pèse actuellement 114 kg (162 cm, BMI = 44) mais a pesé jusqu'à 140 kg. Il faut relever aussi les échecs affectifs avec un divorce et la perte de son emploi.

J'ai encouragé ma patiente à se mettre à la recherche d'un emploi à temps partiel qui pourrait l'aider à retrouver une motivation à vivre mais je crains fort qu'elle ne puisse, dans son état, supporter les contraintes et frustrations inhérentes à un travail de salarié.

Traitement actuel par Fluoxétine 40 mg/j, antalgiques. Réductil 15 mg/j.

En ce qui concerne une prise en charge psychiatrique, la patiente a été longtemps prise en charge à l'Hôpital cantonal à l'unité des troubles de nutrition (Prof. R\_\_\_\_\_ ) par une équipe multidisciplinaire (psychologue, diététicienne, médecin), sans qu'on aboutisse à un progrès significatif. Mais je vais lui faire la proposition de choisir un psychiatre."

11. Le 30 mai 2007, le Dr O \_\_\_\_\_ informe l'OCAI que la patiente a chargé son père de trouver un psychiatre et que cette démarche est en cours.
12. Le 6 septembre 2007, l'assurée fait l'objet d'une expertise bi-disciplinaire au Centre d'expertise médicale (CEMed) à Nyon, fonctionnant en tant que Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Les Drs S \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, et T \_\_\_\_\_, psychiatre, notent dans leur rapport que la collaboration de l'assurée a été très moyenne. Elle a ainsi refusé à répondre à pratiquement toutes les questions de la rubrique "Données personnelles et familiales", sans expliquer pourquoi, si ce n'est que cela ne concernait pas sa maladie et que cela ne regardait personne. Elle se pliait en outre de mauvaise grâce à l'exigence de l'examen clinique, refusant notamment un déshabillage complet ou la palpation de son abdomen. L'examen neurologique a dû être écourté par défaut de collaboration. Pendant l'examen psychiatrique, l'assurée est devenue de plus en plus oppositionnelle et l'expert met fin à l'entretien prématurément, suite aux réponses redondantes du type "cela ne regarde personne". Dans les données subjectives, les experts notent que, selon les dires de l'assurée, elle a fait une dépression en juin 2004, traitée par antidépresseurs. Il y a eu ensuite une amélioration et elle a repris le travail à 50 % pendant une semaine, puis à 100 %. Le 27 septembre 2004, elle a présenté des vomissements et douleurs brutales et une adénomatose hépatique est alors diagnostiquée. Quant aux raisons qui l'ont principalement empêchée de travailler, elle indique avoir souffert de douleurs de l'hypocondre droite en permanence. Ces douleurs persistent à ce jour. En septembre 2005, elle est prête à reprendre son travail à 50 %. C'est alors que son employeur la licencie. L'état fébrile intermittent peut rester jusqu'à trois jours avec des

températures jusqu'à 38,4°, sans altération de l'état général et sans perte de poids. La nature de ses états fébriles n'a pas été élucidée. Les vomissements alimentaires ou biliaires peuvent survenir dans n'importe quelle situation, indépendamment des repas et de l'effort. Ils se produisent environ une fois par mois. Quant aux douleurs abdominales, elles sont permanentes et ont apparues deux à trois semaines après l'intervention. Elles se situent sur une échelle de douleurs à 7/10, atteignant parfois 10/10. Dans la vie quotidienne et sociale, il est relevé que l'assurée se lève vers 9h30/10h00. Après son petit-déjeuner et sa toilette, elle sort faire une promenade d'un petit quart d'heure. Puis, elle s'adonne à des bricolages, à la peinture, au jardinage ou à l'entretien du ménage. Ces activités sont limitées par les vomissements. Dans la villa qu'elle habite avec son père, elle s'occupe du repassage et de la lessive. Elle se prépare à manger à midi et fait une sieste de deux heures dans l'après-midi. Puis, elle regarde la télévision, lit ou bricole. Le soir, elle prépare le souper pour elle et son père. Elle se couche entre 20h30 et 21h00 et dort habituellement sans interruption, sauf lorsqu'elle a des douleurs abdominales plus violentes. Elle ne sort pas, n'a pas d'autres loisirs, ni d'activités sportives. Une fois par semaine, elle voit une amie d'enfance ou son frère, mais n'a pas d'autres amis. Sur le plan psychique, les plaintes de l'assurée restent très centrées sur les problèmes de foie. Elle dit toutefois se sentir déprimée, sans envie. Selon elle, les problèmes psychiques sont secondaires à sa maladie physique. Elle se sent par ailleurs très fatiguée et angoissée, notamment lorsqu'elle sort. Elle se fait dès lors toujours accompagner par son père, son frère ou une amie d'enfance. Elle prend un somnifère pour dormir. Les médecins du CEMed diagnostiquent une adénomatose hépatique et une obésité morbide, ce dernier diagnostic étant sans répercussion sur la capacité de travail. Les limitations sur le plan physique sont des douleurs abdominales, des épisodes répétés de vomissements, ainsi qu'un état fébrile intermittent. Ces troubles peuvent rendre compte d'un absentéisme itératif, sans cependant limiter clairement la capacité de travail. Sur le plan psychique et mental, aucune limitation n'a été constatée. L'expert psychiatre relève que la tonalité de base est relativement tonique et qu'il n'y a pas de troubles du langage. L'attention est bonne et aucune fatigabilité n'est perceptible. Dans la discussion des experts, il est relevé une discordance entre les résultats du dernier examen en juin 2007 et de la nécessité depuis peu d'adjoindre aux analgésiques et aux AINS un traitement conséquent de Tramal à 200 mg/jour et, depuis dix jours, un traitement morphinique par patch. Cliniquement, l'assurée présente un comportement algique inhabituel et des manifestations atypiques avec un substrat organique faiblement convaincant. L'importance de l'handicap n'est que modestement en relation avec le substrat organique mis en évidence. Ainsi, les experts estiment que la capacité de travail est totale avec une diminution de rendement de 20 % six mois après l'intervention chirurgicale, à savoir depuis novembre 2005.

13. Se fondant sur cette expertise, l'OCAI octroie à l'assurée une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre 2005 au 31 janvier 2006, par décision du 5 février 2008.

14. Par acte du 4 mars 2008, l'assurée recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière ou au renvoi de la cause à l'intimé, après qu'elle ait pu se déterminer sur l'expertise du CEMed. Elle conclut par ailleurs à ce qu'une comparution personnelle des parties et l'audition du Dr O \_\_\_\_\_ soient ordonnées. En premier lieu, elle se plaint de la violation du droit d'être entendu, dans la mesure où l'expertise du CEMed n'a pas été portée à sa connaissance. Quant au fond, elle se prévaut de ce qu'une incapacité de travail totale est toujours attestée par son médecin traitant et fait état de ses douleurs, sa fatigue extrême, des états fébriles et vomissements. Elle souligne enfin le caractère évolutif de sa maladie qui présente un risque hémorragique élevé.
15. Dans son préavis du 17 avril 2008, l'intimé conclut au rejet du recours. En ce qui concerne le grief de la violation du droit d'être entendu, il fait valoir que la recourante n'ignorait pas l'existence de l'expertise et qu'il lui était loisible de la lui demander. Quant au fond, il s'est référé à sa décision dont est recours.
16. Par réplique du 22 mai 2008, la recourante reprend ses précédentes conclusions principales. A titre préalable, elle conclut à ce qu'une contre-expertise sur le plan somatique et psychique soit ordonnée, en plus de la comparution personnelle des parties et de l'audition du Dr O \_\_\_\_\_. S'agissant du grief de la violation du droit d'être entendu, elle fait valoir que le Tribunal de céans ne possède pas le même pouvoir de cognition que l'intimé, dans la mesure où il ne peut pas revoir en opportunité la décision entreprise. Elle relève que les experts ont totalement minimisé ses douleurs et les autres troubles, en particulier les vomissements, ainsi que leurs effets sur la reprise d'une éventuelle activité professionnelle. Sur le plan psychiatrique, l'expertise est inexistante. Quant à son manque de collaboration, elle explique qu'elle a de grandes difficultés à assumer ses problèmes psychiques et qu'elle ne s'était absolument pas sentie en confiance avec les experts. En ce qui concerne son histoire familiale, le sujet est trop douloureux.
17. A l'appui de ses dires, elle produit copie du courrier du 22 mai 2008 du Dr O \_\_\_\_\_ à son mandataire. Après avoir pris connaissance de l'expertise du CEMed, ce médecin constate que la partie qui concerne la médecine interne est de bonne qualité du point de vue technique, mais que les conclusions du Dr S \_\_\_\_\_ sous-estiment gravement la souffrance de sa patiente. Une capacité de travail estimée à 100 % avec un rendement diminué de 20 % lui paraît irréaliste. Quant à la partie psychiatrique de l'expertise, le Dr O \_\_\_\_\_ relève qu'elle est très lacunaire et ne prend pas en compte l'essentiel de la pathologie psychique. Il y a ainsi lieu de la refaire.
18. Le 10 juin 2008, le Dr U \_\_\_\_\_ du SMR se détermine sur la duplique et le courrier du 22 mai 2008 du Dr O \_\_\_\_\_. Il relève notamment que la recourante n'a pas bénéficié d'un suivi psychiatrique spécialisé. Or, il est à supposer que le

médecin traitant l'aurait adressée à un spécialiste, en cas d'épisodes dépressifs sévères, résistant aux traitements. Il constate par ailleurs que, lors de l'expertise, la recourante n'a pas présenté un abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir, dès lors qu'elle fait des bricolages et la cuisine, se détend en lisant et en regardant la télévision. Aucune réduction de l'énergie n'a non plus été observée.

19. Par duplique du 17 juin 2008, l'intimé persiste dans ses conclusions, en se fondant notamment sur l'avis du SMR précité.
20. Par écritures du 25 juin 2008, la recourante se détermine sur l'avis médical du SMR du 10 juin 2008. S'agissant de la question de l'existence d'un trouble dépressif, elle rappelle qu'elle a 39 ans, qu'elle vit seule avec son père, qu'elle n'a que peu de relations sociales, ne sort que rarement chez elle et a comme seules activités le bricolage, la lecture et le jardinage.
21. Après avoir donné aux parties la possibilité de se prononcer sur le choix de l'expert et la liste des questions, le Tribunal de céans ordonne, le 3 septembre 2008, une expertise psychiatrique et la confie au Dr V \_\_\_\_\_, psychiatre.
22. Selon le rapport d'expertise du 17 novembre 2008 de ce médecin, la recourante ne présente aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Ces diagnostics sans répercussion sur celle-ci sont phobies spécifiques (claustrophobie), troubles anxieux et dépressifs mixtes légers et troubles somatoformes douloureux persistants. Dans l'appréciation du cas, il relève que rien dans l'anamnèse ni dans le vécu de l'expertisée lui font penser à une maladie psychique ni au développement d'un trouble de la personnalité pendant l'enfance ou l'adolescence. Certes, elle n'a pas pu terminer son apprentissage comme employé de commerce en raison de la maladie de sa mère, atteinte d'un cancer et décédée à 40 ans. Par ailleurs, l'expertisée s'est séparée d'un homme qui prenait des drogues et qui l'avait frappée à deux reprises. Néanmoins, elle a bénéficié d'un bon équilibre psychologique jusqu'à la découverte de sa maladie, à savoir l'adénomatose hépatique. L'expert signale cependant que la recourante a été soupçonnée en 2004 par un autre employé d'avoir volé de l'argent sur son lieu de travail, ce qui avait entraîné une réaction dépressive, traitée par médicaments, ainsi qu'une incapacité de travail totale, puis à 50 % pendant deux semaines. Les symptômes dépressifs ont cependant disparu rapidement et l'expertisée n'a pris que peu de temps des médicaments antidépresseurs. A l'examen, l'expert n'a pas mis en évidence des signes ou symptômes d'un épisode ou d'un trouble dépressif récurrent mais plutôt un trouble anxieux et dépressif mixte léger et secondaire à la maladie somatique, avec une inquiétude et une préoccupation pour sa maladie hépatique, une légère tristesse et des troubles du sommeil. Le trouble anxio-dépressif n'est pas handicapant. Quant à la claustrophobie, elle est présente pratiquement depuis l'adolescence et l'expertisée gère bien les signes de cette phobie, laquelle ne semble pas provoquer une diminution au niveau de sa qualité de vie. Le comportement de l'expertisée depuis

son opération en 2005 paraît correspondre plutôt à un comportement régressif avec des bénéfices secondaires. L'expert explique à cet égard que de tels bénéfices peuvent être conscients et connus du malade, comme l'arrêt de travail, alors que d'autres sont sûrement inconscients, comme se soustraire à des relations frustrantes, éviter des obligations familiales et sociales, fuir dans l'imaginaire et la pensée magique, être reconnu comme malade par l'entourage, être materné. Ces signes sont bien présents chez l'expertisée qui se sent très bien à la maison avec son père, lequel la surveille, selon ses dires. Ainsi, selon l'expert,

"Lorsque les bénéfices secondaires sont plus importants dans l'économie du malade, comme c'est le cas chez l'expertisée, que ceux qu'il trouve dans son fonctionnement de sujet sain, la personne peut avoir des difficultés à guérir de sa maladie."

Il constate dans la personnalité de l'expertisée des traits infantiles, sans que cela ne soit pathologique. Ces traits se manifestent par une régression. L'expert explique en outre ce qui suit :

"Quant à la régression psychique, il s'agit d'une réaction sans doute très généralisée qui peut se traduire par une réduction des intérêts, un égocentrisme, une dépendance vis-à-vis de l'entourage et du personnel soignant, un mode de pensée magique. La régression est un processus normal et nécessaire car il permet aux patients de s'adapter à la situation nouvelle de maladie. Elle peut aussi être utile au processus thérapeutique (observance du traitement, par exemple). Alors que la maladie favorise les processus de régression, la guérison doit s'accompagner d'une reprise d'autonomie, ce qui n'a pas été le cas de l'expertisée chez qui la régression est importante en intensité et en durée et empêche la participation active et énergique au processus thérapeutique."

L'expertisée n'est par ailleurs pas isolée socialement. Elle ne prend pas de médicaments psychotropes, sauf dans des situations particulières. Ainsi, l'expert estime qu'il n'y a aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique et que la capacité de travail de la recourante est de 100 % sur ce plan depuis son rétablissement sur le plan physique, à savoir depuis février 2006. Le pronostic de l'expert est plutôt réservé, dans la mesure où la recourante est ancrée dans une dynamique de malade chronique et ne met pas en exergue ses capacités créatives et ses ressources psychologiques, pourtant bien présentes.

23. Par écritures du 12 décembre 2008, la recourante persiste dans ses conclusions.
24. Dans un avis médical du 15 janvier 2009, le Dr U\_\_\_\_\_ du SMR relève que l'expertise retient le développement d'un trouble somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique suffisante pour retenir une incapacité de travail durable. Une incapacité de travail n'est justifiée que pour l'affection hépatique et les soins

qui y sont liés du 27 septembre 2004 au 31 octobre 2005. Dès le 1<sup>er</sup> novembre 2005, une reprise d'activité à temps plein, avec une baisse de rendement de 20 % doit être admise.

25. Dans ses écritures du 19 janvier 2009, l'intimé persiste dans ses conclusions, en se référant à l'avis médical du SMR précité.
26. Le 28 janvier 2009, le Tribunal de céans entend le Dr O\_\_\_\_\_ en tant que témoin. Il déclare ce qui suit :

"Je suis Mme G\_\_\_\_\_ depuis 1987. J'ai par ailleurs soigné toute la famille. Ma patiente a développé une dépression en 1984, puis elle a eu des vives douleurs abdominales et une adénomathose hépatique a été diagnostiquée. Elle a par ailleurs subi une résection du lobe droit du foie. Après l'opération, elle a cependant continué à souffrir de notables douleurs abdominales. Ces douleurs ont, selon mon appréciation, un substrat organique et ne constituent pas l'expression d'un trouble somatoforme douloureux. A mon avis, les experts qui ont examiné Mme G\_\_\_\_\_ ont largement sous-estimé son degré de souffrance.

Aux atteintes somatiques s'ajoutent des troubles psychiques. Mme G\_\_\_\_\_ a perdu sa mère en 1988. Après son décès, son poids a augmenté de 80 à 116 kilos. Elle a par ailleurs développé une agoraphobie - et claustrophobie. Cette souffrance psychique et sa répercussion sur la capacité de travail a été également sous-estimée par les experts, selon mon estimation.

Pour moi, il n'y a pas de doute que les douleurs abdominales s'expliquent par le tableau clinique et l'opération subie. Ma patiente est en outre traitée par les antalgiques majeurs avec morphine. Il s'agit d'une maladie rare. Elle n'a pas pu être éliminée par l'opération et évolue. Il est à supposer que les adénomes toucheront également le lobe gauche du foie. Par ailleurs, la question d'une transplantation du foie se pose à terme.

L'étude sur l'adénomathose mentionnée dans l'expertise Cemed a porté, à ma connaissance, sur une dizaine de cas. Je pense aussi que les états fébriles et les vomissements ne font pas partie des symptômes de cette maladie, comme cela est rapporté dans cette étude. Ces symptômes sont dans le cas de ma patiente des séquelles de son opération. Mais on ignore pour quelles raisons ils se sont développés.

Si la situation est stabilisée, un travail partiel à raison de 25 à 30 % pourrait être envisagé dans une activité de bureau. Toutefois, en raison de son agoraphobie et claustrophobie, Mme G\_\_\_\_\_ doit se faire

accompagner partout et devrait également être accompagnée pour se rendre au travail. Toutefois, jusqu'à présent, elle n'a pas souhaité un suivi psychiatrique".

27. Entendu à titre de renseignements le même jour, le père de la recourante déclare ce qui suit :

"Je suis le père de Mme G\_\_\_\_\_. Elle est continuellement malade. Si elle ne vomit pas, elle a mal au ventre ou la tête qui tourne. Elle vomit souvent, surtout la nuit. Je l'entends et cela m'empêche même de dormir. Elle arrive toutefois à se rendre aux toilettes pour vomir, dès lors qu'elles sont à côté de sa chambre. Cela arrive au minimum 4 fois par semaine.

Pendant la journée, je ne me rends pas compte si elle vomit souvent, car je suis généralement absent. Le dimanche, mon petit-fils, soit le fils de mon fils, vient souvent à la maison. Il a 2 ans. Ma fille n'arrive même pas à le porter en raison des douleurs abdominales.

Personnellement, j'accompagne rarement ma fille lors de ses sorties extérieures. Avec moi, elle n'a jamais vomi à l'extérieur. Mon fils l'accompagne fréquemment, une fois par semaine, et doit alors constater qu'elle vomit régulièrement, de façon imprévisible, parfois déjà dans la voiture. Ma femme de ménage l'accompagne lors de ses visites chez le médecin.

Il est inimaginable que ma fille sorte seule pour se rendre dans les magasins ou ailleurs".

28. Entendu en audience de comparution personnelle le 28 janvier 2009 également, la recourante fait la déclaration suivante :

"Je ne me rappelle plus pourquoi j'ai demandé dans ma demande AI déposée en septembre 2005 également des mesures d'ordre professionnel.

Mon travail au laboratoire MNS consistait dans la réception des clients, des prises de sang, des petites choses de laboratoire et la saisie du dossier.

Ce qui m'empêcherait actuellement de reprendre une activité telle que celle que j'ai exercée au laboratoire MNS, sont les vomissements intempestifs. Je vomis 2 à 3 fois par semaine et je n'ai pas le temps de me rendre aux toilettes à ces moments-là. "ça sort comme cela".

A cela s'ajoute que je ne peux pas sortir seule. Lorsque je suis seule à l'extérieur, je me sens très angoissée et cela me donne envie de vomir. Il m'est par ailleurs arrivé plusieurs fois de vomir dans les magasins et j'ai toujours peur que cela m'arrive de nouveau.

Je ne peux pas envisager pour l'instant de suivre une psychothérapie pour soigner mes phobies. Il faut dire que j'ai très mal vécu l'expertise psychiatrique par le Dr T \_\_\_\_\_ au CEMed. Le Dr O \_\_\_\_\_ m'a prescrit du Xanax pour me calmer. D'ailleurs, j'en ai pris ce matin en vue de l'audience de cet après-midi.

Avant de tomber malade en 2004, ma vie était différente, dans la mesure où je travaillais et sortais régulièrement avec des amis ou la famille.

Après mon opération, le Dr O \_\_\_\_\_ m'a dit que je pourrais faire un essai de travail à 50 %. J'ai alors contacté mon employeur de l'époque. Celui-ci toutefois n'a pas voulu me garder ou même faire l'essai, dès lors qu'il ne pouvait compter sur moi, en raison des fréquentes absences prévisibles pour des raisons de santé. En raison de mes vomissements, je ne vois par ailleurs pas quel employeur serait d'accord de m'engager.

Le Dr T \_\_\_\_\_ m'avait choquée d'emblée en me disant qu'il ne fallait pas faire toute une histoire de ma maladie et que ce n'était pas un cancer. Après cette remarque, je n'avais plus envie de lui dire quoi que ce soit sur moi-même".

29. Le 25 mars 2009, le Tribunal de céans entend le frère de la recourante, M. G \_\_\_\_\_, lequel fait la déposition suivante :

"Je suis le frère de Mme G \_\_\_\_\_. Je viens la voir 2 fois par semaine environ. Souvent, elle est très fatiguée et souffre de beaucoup de douleurs. Elle ne peut pas sortir seule car il est arrivé à plusieurs reprises, dans les magasins ou dans la voiture, qu'elle devienne blanche et vomisse, sans avoir le temps de se rendre aux toilettes. Ma sœur ne sort jamais seule. Généralement, c'est mon père qui l'accompagne, parfois c'est moi-même.

Avant qu'elle ne tombe malade en 2004, ma sœur était joyeuse, souriante, prête à faire la fête, bref "norW \_\_\_\_\_".

J'ai un enfant de 2 ans et demi qui est très vif. J'évite de le lui confier seule, parce que je crains qu'elle pourrait avoir un malaise et qu'elle ne serait pas capable de le porter par exemple".

30. Le même jour, le Tribunal de céans entend Mme I\_\_\_\_\_ à titre de renseignement, laquelle déclare :

"Depuis 1994, je travaille comme femme de ménage pour M. G\_\_\_\_\_.

Je connais très bien la fille de mon employeur. Depuis qu'elle a été opérée, elle ne va pas bien. Elle vomit tout le temps, je dois l'accompagner chez le médecin et porter pour elle les commissions. Elle est tout le temps fatiguée, dort mal et se lève tard le matin.

Elle a déjà vomi deux fois dans la voiture, lorsque je l'ai accompagnée chez le médecin.

Avant l'opération, Mme G\_\_\_\_\_ se portait bien.

Lorsqu'elle a mal, elle m'en parle, mais je le vois également car elle se tient le ventre. Elle a toujours mal au même endroit. Cela m'attriste de la voir comme cela".

31. En mars et juin 2009, le Dr W\_\_\_\_\_, spécialiste en hépatologie et gastro-entérologie, procède à une expertise de la recourante, à sa demande. Dans son rapport du 10 juin 2009, il pose les diagnostics suivants : adénomatose hépatique, status après hépatectomie, syndrome métabolique avec obésité morbide, hypercholestérolémie et stéatose hépatique responsable de la discrète perturbation des tests hépatiques, syndrome de l'intestin irritable et trouble somatoforme douloureux persistant. Il se pose par ailleurs la question d'une dépendance aux opiacées. L'expert souscrit aux conclusions du Dr S\_\_\_\_\_ qui affirme que l'adénomatose hépatique n'est pas le substrat organique qui explique les algies de l'expertisée. Toutefois, le risque de récurrence n'est pas nul et "entretient certainement une anxiété". La symptomatologie douloureuse n'est non plus provoquée par la stéatose hépatique, responsable probablement d'une discrète perturbation du bilan hépatique. Selon l'expert, la symptomatologie est suggestive de troubles fonctionnels type syndrome de l'intestin irritable extraordinairement amplifiée et résistants à un traitement lourd avec des antalgiques majeurs. Il rattache cette symptomatologie à un trouble psychosomatique et souscrit ainsi au diagnostic retenu par le Dr V\_\_\_\_\_ de trouble somatoforme douloureux persistant. Il n'y a pas d'affabulation ni simulation. Le Dr W\_\_\_\_\_ relève en outre que le licenciement de la recourante en 2005 a été un choc qui a déclenché la symptomatologie douloureuse et l'a augmentée par la suite. S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail par le Dr V\_\_\_\_\_, le Dr W\_\_\_\_\_ expose ce qui suit :

"Le Dr V\_\_\_\_\_ retient le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, mais pas ses conséquences en matière de

souffrance, de retrait social et d'avenir problématique; il conclut cependant que le pronostic est plutôt réservé, ce qui signifie pour tout médecin et hors langue de bois que le pronostic est mauvais. Il y a à mon avis contradiction entre l'affirmation de l'absence de signes ou de symptômes parlant en faveur d'une maladie psychiatrique handicapante ou d'un trouble de la personnalité à caractère handicapant et le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant retenu à pronostic réservé. La psychiatrie comme la médecine interne a de multiples sous-spécialités et il est possible qu'un psychiatre psychosomaticien aurait tiré des conclusions différentes de celles d'un psychiatre psychothérapeute en particulier sur le caractère handicapant de ce trouble".

Enfin, l'expert fait observer que le trouble somatoforme douloureux persistant motive un traitement lourd avec des antalgiques majeurs qui peuvent induire une dépendance avec deux dérivés d'opiacés. Ce traitement pourrait être responsable des nausées et des vomissements, cette symptomatologie étant un effet secondaire fréquent au cours des traitements par des dérivés d'opiacés. L'expert souligne aussi une régression sociale extrêmement importante, la recourante étant cloîtrée chez son père, ne sortant plus qu'accompagnée par celui-ci ou par une amie.

32. Par son courrier du 26 juin 2009, la recourante transmet au Tribunal de céans le rapport précité et demande l'audition du Dr W\_\_\_\_\_.
33. Dans son avis médical du 8 juillet 2009, le Dr U\_\_\_\_\_ du SMR se détermine sur l'expertise du Dr W\_\_\_\_\_ et constate que celui-ci est d'accord avec les conclusions des expertises faites à ce jour. Le Dr U\_\_\_\_\_ estime ainsi qu'il convient de retenir une exigibilité de la reprise de l'activité habituelle à 100 %, avec une baisse de rendement de 20 %.
34. Par écriture du 15 juillet 2009, l'intimé persiste sur ses conclusions.
35. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. La recourante se plaint en premier lieu de la violation du droit d'être entendu.
  - a) La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 129 II 504 consid. 2.2), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 V 132 consid. 2b et les références).
  - b) En l'espèce, le Tribunal de céans jouit d'un plein pouvoir d'examen. La recourante a par ailleurs largement eu la possibilité de s'exprimer dans le cadre de la procédure de recours, notamment au sujet de l'expertise du CEMed qui ne lui avait pas été communiquée avant que l'intimé statue par la décision dont est recours. Aussi convient-il de considérer que le vice de procédure a été réparé.
4. L'objet du litige est en l'occurrence la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est amélioré en novembre 2005, au point qu'elle ne présente plus une invalidité ouvrant le droit aux prestations.
5. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss consid. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Conformément à cette disposition, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Selon la jurisprudence, 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 et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir

également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

6. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).
7. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.
8. D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret.

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche

---

und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster).

Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

9. a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

- b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

---

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

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/bb et cc).

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

10. a) En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'une expertise, sur le plan somatique, par les Drs S \_\_\_\_\_ et W \_\_\_\_\_. Les experts sont unanimes à considérer que la symptomatologie algique n'est actuellement plus en relation avec un substrat organique et ceci environ six mois après l'intervention chirurgicale, à savoir depuis novembre 2005. Certes, le Dr O \_\_\_\_\_ considère que les douleurs actuelles ont un substrat organique et ne constituent pas l'expression d'un trouble somatoforme douloureux. Il estime également que les vomissements, même s'ils ne font pas partie des symptômes de l'adénomatose, constituent des séquelles de son opération subie en avril 2005. Cependant, dans la mesure où il n'est pas spécialiste en la matière et où il s'agit de surcroît du médecin traitant, il y a lieu de donner la préférence à l'appréciation sur ce point des Drs S \_\_\_\_\_ et W \_\_\_\_\_.

Il convient également de constater que les lésions de l'adénomatose ne progressent pas depuis l'incident de 2004.

Cela étant, il peut être retenu avec le Dr S\_\_\_\_\_ que les atteintes à la santé somatiques objectivables se sont amendées six mois après l'intervention d'avril 2005, à savoir à partir de novembre 2005.

b) Cependant, selon l'expert judiciaire, la recourante a développé par la suite un trouble somatoforme douloureux persistant. Ce diagnostic est également partagé par le Dr W\_\_\_\_\_. Il convient par ailleurs de relever que les experts du CEMed n'ont pas pu procéder à une expertise psychiatrique, la recourante ayant refusé toute collaboration. C'est probablement la raison pour laquelle ils n'ont pas retenu ce diagnostic.

Il sied dès lors d'examiner si ce trouble somatoforme douloureux, ainsi que les comorbidités associées engendrent une incapacité de travail.

Selon le Dr V\_\_\_\_\_, cela n'est pas le cas, même s'il admet une régression importante en intensité et en durée chez la recourante qui empêche la participation active et énergique au processus thérapeutique. L'expert judiciaire admet par ailleurs que certains bénéfices secondaires, qui ont motivé le comportement régressif, sont "sûrement inconscients, comme se soustraire à des relations frustrantes, éviter des obligations familiales et sociales, fuir dans l'imaginaire et la pensée magique, être reconnue comme malade par l'entourage et être maternée". Le Dr W\_\_\_\_\_ relève également l'absence d'affabulation ou de simulation.

En outre, il sied de relever que le trouble somatoforme douloureux se manifeste en l'occurrence avec une grande intensité. En effet, l'assurée souffre de douleurs abdominales importantes nécessitant un traitement antalgique très lourd, comme cela est admis par tous les médecins. Par ailleurs, elle souffre d'agora- et de claustrophobies qui l'empêchent de sortir seule et provoquent une régression importante, la recourante étant coupée de toute relation sociale en-dehors des membres de sa famille. A cela s'ajoutent des nausées et des vomissements, lesquels ont été confirmés par les déclarations concordantes des membres de sa famille, ainsi que de la femme de ménage du père de la recourante.

En procédant à une appréciation de l'ensemble des preuves, il y a dès lors lieu d'admettre que la recourante est, en l'état et dans les faits, en incapacité totale de travailler, en suivant en cela des avis des Drs O\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_. Par conséquent, il convient d'apprécier sur la base des critères jurisprudentiels susmentionnés, s'il y a lieu d'attribuer au trouble somatoforme douloureux en l'occurrence un caractère invalidant.

Dans la mesure où une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée ne peut pas être retenue, selon l'expert judiciaire, il y a lieu

d'examiner les autres critères. Néanmoins, il ne peut être fait abstraction de ce que la recourante est atteinte de plusieurs troubles psychiques associés au trouble somatoforme douloureux persistant, tels que de phobies, ainsi que de troubles anxieux et dépressifs mixtes, même s'ils sont qualifiés de légers par l'expert. Il convient de constater que la recourante souffre d'une affection corporelle chronique sous forme d'une adénomatoïse hépatique multiple. Toutefois, cette affection est aujourd'hui stable, dès lors qu'il n'y a plus d'augmentation de taille d'un adénome ni hémorragie.

En outre, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable doit être admis, la recourante continuant à souffrir depuis 2004 de douleurs abdominales considérables, ainsi que de vomissements.

Quant à la perte d'intégration sociale, elle n'est pas totale, dans la mesure où la recourante est bien entourée par sa famille. Toutefois, elle présente une régression très importante, dans la mesure où elle vit cloîtrée chez son père et n'a de contacts plus qu'avec sa famille, ainsi qu'une amie.

En ce qui concerne l'éventuel état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique il ressort du dossier que la recourante n'a pas épuisé tous les traitements, dès lors qu'elle a toujours refusé toute psychothérapie, alors même que la cause de son incapacité de travail est essentiellement à chercher dans des dysfonctionnements psychiques.

Quant au critère de l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, il doit être considéré comme étant rempli. En effet, la recourante suit un traitement antalgique très lourd, sans grand effet sur la symptomatologie, comme l'a encore relevé le Dr W\_\_\_\_\_ dans son expertise privée du 10 juin 2009 (p. 9).

Il résulte de ce qui précède que tous les critères jurisprudentiels ne sont pas remplis, de sorte que l'on ne peut pas reconnaître in casu un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux de la recourante, même si dans les faits celle-ci semble être en l'état incapable de travailler. Il est à cet égard de relever que notre Haute Cour a encore récemment refusé d'attribuer à une fibromyalgie une valeur de maladie invalidante, en l'absence d'une comorbidité psychiatrique grave, s'agissant d'une femme de 39 ans souffrant de phobies sociales et d'un état dépressif léger, ainsi que de multiples douleurs au point de l'empêcher d'élever son fils, de s'occuper des tâches habituelles et de vivre seule (ATF 9C\_309/2009 du 27 juillet 2009).

Partant, il y a lieu de constater que le refus de prestations de l'intimé est fondé.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

12. La recourante qui succombe sera condamnée à un émolument de justice fixé au montant minimal de 200 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis 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); 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

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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