

GE_GERICHTE ATAS/73/2026 vom 3. Februar 2026

GE Cour de justice, 2026-02-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_73_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/73/2026 du 3 février 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/73/2026 del 3 febbraio 2026

Erwägungen

E. 29

février 2024 en raison d'une hyponatrémie sur dénutrition. L'assurée avait été transférée ce jour-là dans une unité mixte somato-psychiatrique, où elle avait résidé jusqu'au 17 avril 2024 pour traiter son anorexie. Malgré cette prise en charge hospitalière, elle n'avait pas pu reprendre du poids et était restée dans des comportements anorexiques importants. Elle était incapable de travailler à 75% dès le mois d'avril, puis à 30% depuis le mois de mai 2024. L'assurée tentait de

A/1955/2024 - 11/26 - maintenir une activité professionnelle à 30%, ce qui restait discutable du point de vue médical. d. Le 22 octobre 2024, l'intimé a persisté dans ses conclusions sur la base d'un avis du SMR du même jour, retenant que le rapport du Dr H_____ du 11 septembre 2024 n'apportait pas d'éléments médicaux nouveaux témoignant d'une aggravation durable de l'état de santé de la recourante. Il faisait simplement une évaluation différente d'un même état clinique. Le Dr H_____ dépassait son domaine de compétence lorsqu'il se prononçait sur les conséquences physiques telles que l'hyponatrémie. e. Le 14 novembre 2024, la recourante a relevé que le Dr H_____ était chef de clinique auprès de l'ESCAL, soit une unité spécialisée du département de psychiatrie des HUG. Comme cela ressortait expressément de son rapport du 11 septembre 2024, l'ESCAL proposait un programme de soin avec une approche multidisciplinaire de type psychosomatique et groupale spécifiquement adaptée au traitement de l'anorexie mentale. Le Dr H_____ pouvait donc évoquer les conséquences somatiques de l'anorexie mentale, ce d'autant plus que dans son rapport du 5 octobre 2023, il avait indiqué que les restrictions alimentaires entraînaient chez la recourante des perturbations biologiques. L'ampleur de cette hyponatrémie (trouble électrolytique) était telle que son pronostic vital pouvait être mis en danger, selon le rapport du 11 septembre 2024. Or, alors même que l'aggravation de l'état de santé de la recourante portait exclusivement sur l'anorexie mentale et ses conséquences, le CEMEDEX ne s'était même pas donné la peine de procéder à une analyse de sang ou d'urine. Un tel examen aurait confirmé la gravité des conséquences somatiques du syndrome affectant la recourante. Le fait qu'il n'ait même pas été envisagé témoignait du manque de sérieux de l'expertise. L'expert en médecine interne s'était contenté d'indiquer que la recourante avait un poids insuffisant avec un diagnostic d'anorexie mentale depuis sa jeunesse, relevant que cela ne l'avait pas empêchée de travailler et qu'il était devenu problématique depuis juillet 2022, avec actuellement un BMI à 12.8 avec fatigue et fatigabilité, qui avaient été constatées en fin de consultation. Il était faux de conclure à une absence d'incapacité de travail et il allait de soi que le rapport d'expertise n'avait pas de valeur probante. Les volets de l'expertise en rhumatologie, neurologie/neuropsychologie et gastroentérologie étaient inutiles et sans pertinence, l'aggravation étant exclusivement liée au syndrome d'anorexie mentale. La recourante a

produit une attestation établie le 8 octobre 2024 par la Dre P_____, qui confirmait les conséquences de l'anorexie mentale et concluait

A/1955/2024 - 12/26 - que l'état de santé de l'assurée n'était pas compatible avec une activité professionnelle tant intellectuelle que physique. f. Le 12 décembre 2024, l'intimé, se fondant sur un avis du SMR du 26 novembre 2024, a indiqué que le choix des examens complémentaires, en l'occurrence l'examen d'urine et de sang, était laissé au libre arbitre des experts, qui avaient connaissance du dossier de la recourante et des analyses qu'elle avait effectuées. g. Le 16 janvier 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions. h. La recourante a été entendue le 21 mai 2025 par la chambre de céans. i. Le 11 juin 2025, la recourante a transmis à la chambre de céans des rapports d'hématologie des 17 et 28 mai 2025 effectués par sa généraliste. Celle-ci confirmait que son état de santé était incompatible avec une activité professionnelle. Les résultats du rapport d'hématologie ne constituaient pas un fait nouveau dans la mesure où ils n'étaient que le reflet d'un état persistant depuis de nombreuses années, lequel s'était aggravé de manière très importante depuis 2022, comme en témoignaient les diverses hospitalisations subies. j. Le 28 mai 2025, la Dre P_____ a indiqué que la recourante souffrait d'une anorexie mentale et qu'elle présentait une altération dramatique de sa santé. Lors de la dernière prise de sang, on constatait une altération électrolytique et hématopoïétique. Son état de santé actuel était incompatible avec une quelconque activité professionnelle. k. Le 8 juillet 2025, l'intimé, sur la base d'un avis du SMR du 2 juillet 2025, a indiqué que les troubles électrolytiques et hématopoïétiques liés à l'anorexie mentale n'avaient pas un caractère durable et pouvaient être corrigés. C'était ce qui avait été effectué lors des dernières hospitalisations ponctuelles de 2022 et 2024. En ce sens, les hospitalisations récentes, depuis 2022, ne témoignaient pas d'une aggravation durable. l. Par courrier du 15 janvier 2026, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et en médecine interne générale et leur a communiqué le nom des expertes pressenties, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de leur poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées. m. Les parties n'ont pas fait valoir de cause de récusation contre les expertes et l'intimé a suggéré un complément à la mission d'expertise. EN DROIT 1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances

A/1955/2024 - 13/26 - sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA). 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité, en raison d'une aggravation de son état de santé dès l'été 2022. 3. Dans le cadre du développement continu de l'assurance-invalidité, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est

déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références). Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante pour le droit à la rente est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1er janvier 2022 sont applicables. La date de la modification se détermine selon l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3). En l'occurrence, le droit de la recourante à une rente est né antérieurement au 1er janvier 2022, mais la question litigieuse est de savoir si un motif de révision est survenu après cette date, de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur nouvelle teneur. 3.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une

A/1955/2024 - 14/26 - maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1bis et 1ter n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1bis LAI). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). En 2017, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente

d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de

A/1955/2024 - 15/26 - critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7). Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). Il convient dorénavant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources), à l'aide des indicateurs suivants : Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de

A/1955/2024 - 16/26 - l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions

complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées. Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie. Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée. Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

A/1955/2024 - 17/26 - Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, 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 difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés 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 (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2). 3.2 En principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur

bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

3.3 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

A/1955/2024 - 18/26 - plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

3.4 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 4.

4.1 En l'espèce, les experts ont retenu consensuellement une capacité de travail de la recourante de 72% dans l'activité habituelle depuis février 2019 et de 90% dans une activité adaptée dès février 2019, date qui correspondait à celle de l'examen neuropsychologique le plus ancien. Relevant que le cas avait été stable globalement depuis lors. Les conclusions sur la capacité de travail de la recourante des experts du CEMEDEX n'ont pas été suivies par le SMR, qui a indiqué dans son avis du 2 juillet 2025, s'en être écarté, car les experts

retenaient que l'état de santé de la recourante était stationnaire depuis février 2019, de sorte qu'il n'y avait pas eu de modification justifiant une révision de la rente au sens de l'art. 17 LPGA. 4.2 Il convient d'examiner en premier lieu la valeur probante de l'expertise du CEMEDEX, La recourante conteste en particulier la valeur probante de l'expert psychiatre.

A/1955/2024 - 19/26 - Le Dr J_____ a retenu le diagnostic d'anorexie mentale sans impact sur le plan psychiatrique sur la capacité de travail de la recourante. À la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'était modifié, l'expert a répondu qu'il n'y avait jamais eu de limitations justifiant une incapacité de travail. L'expert a retenu le diagnostic d'anorexie mentale, relevant que ses constatations étaient les mêmes que l'expert E_____, qu'il s'agissait d'un trouble de l'alimentation qui avait débuté à l'âge de 13 ans, selon les dires de l'expertisée, et qu'elle n'avait jamais été hospitalisée. Il faut constater que l'expert n'a pas sérieusement étudié le dossier, puisqu'il ressort du rapport établi le 25 septembre 2019 par le Dr H_____, qui figure dans la synthèse du dossier faisant partie de l'expertise du CEMEDEX, que la recourante a été hospitalisée pendant deux mois en 2011 pour anorexie restrictive. Il a encore motivé sa position en se fondant sur ses constatations et en relevant que la recourante lui avait déclaré que cela faisait dix ans qu'elle ne se faisait pas vomir et qu'elle était consciente de sa problématique. Il s'en est ainsi tenu aux déclarations de la recourante pour ce qui était de la période antérieure à son examen, sans les remettre en question, alors qu'il est possible qu'elle ait minimisé son atteinte, car il ressort du rapport du Dr H_____ du 25 septembre 2019 qu'elle était partiellement nosogonistique par rapport à ses difficultés. L'expert a retenu dans sa discussion sur le diagnostic d'anorexie mentale que le poids était globalement stable sur les dix dernières années, ce qui ressort du rapport établi le 25 septembre 2019 par le Dr H_____. Cela étant, dans son rapport du 1er juin 2023, ce dernier a indiqué que la recourante avait perdu du poids en août 2022, avec des difficultés plus importantes à s'alimenter et un amaigrissement physique et un état de dénutrition. L'expert n'a ainsi pas tenu compte de ce dernier rapport du Dr H_____ qui établissait une perte de poids de la recourante. Il faut encore relever que l'expert en médecine interne a, pour sa part, relevé cette perte de poids, en précisant qu'elle engendrait de la fatigue et de la fatigabilité, l'expert psychiatre ne semble pas non plus avoir lu le rapport de son collègue alors qu'une appréciation consensuelle l'imposait. L'expert psychiatre n'a manifestement pas pris en compte des spécificités du diagnostic d'anorexie mentale en se contentant d'une analyse des indicateurs développés par le Tribunal fédéral pour les troubles psychiques et ou non objectivables. Les conclusions de l'expert psychiatre se fondent ainsi sur un état de fait incomplet et erroné et elles ne sont pas convaincantes.

A/1955/2024 - 20/26 - La chambre de céans retient que les rapports du Dr H_____ rendent vraisemblable une aggravation du trouble alimentaire chronique de la recourante, dans le contexte d'un épisode dépressif (rapport du 1er juin 2023), aggravation qui avait, selon lui perduré, malgré l'amélioration de l'état dépressif (rapports du 5 octobre 2023 et du 11 septembre 2024). La question de savoir si le Dr H_____ a dépassé son domaine de compétence en se prononçant sur les conséquences physiques telles que l'hyponatrémie peut rester ouverte, étant relevé qu'en tant que spécialiste des troubles alimentaires chroniques, ses conclusions doivent se voir reconnaître à tout le moins une certaine force probante en la matière et qu'il travaille à l'ESCAL avec un médecin généraliste qui surveille l'état physique des patients, ce qui ressort de son rapport du 11 septembre 2024. En conclusions, l'expertise du CEMEDEX ne peut donc se voir reconnaître une pleine valeur probante, en particulier en tant qu'elle retient que l'état de santé de la recourante

serait resté stable depuis février 2019. 5. Il se justifie d'ordonner en conséquence une nouvelle expertise avec des volets psychiatrique et de médecine générale. La mission d'expertise adressée à l'experte psychiatre a été complétée, sous la rubrique « Traitement », avec la demande de l'intimé tendant à ce qu'un dosage sanguin des traitements psychotropes et antalgiques soit effectué, dès lors que cette demande concerne la compliance de la recourante à analyser en lien avec les indicateurs de gravité et de cohérence développés par le Tribunal fédéral.

A/1955/2024 - 21/26 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement Ordonne une expertise bidisciplinaire psychiatrique et somatique de A_____.

Du point de vue psychiatrique : I. Commet la docteure Q_____, spécialiste en psychiatrie. A. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : a) prendre connaissance du dossier de la cause ; b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée ; c) examiner et entendre l'assurée, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes. B. Charge l'experte d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? 2. Quelles sont les plaintes et données subjectives de l'assurée ? 3. Quels sont le status clinique et les constatations objectives ? 4. Quels sont les diagnostics selon la classification internationale ? Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse) : 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition) 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition) 4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ? 4.4 Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ? 4.5 Les plaintes sont-elles objectivées ?

4.6 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou

A/1955/2024 - 22/26 - l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ? 4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? 4.8 Dans l'ensemble, le comportement de l'assuré vous semble-t-il cohérent ? 5. Ressources 5.1 De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ? 5.2 Est-ce que l'assurée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ? 5.3 Si oui, quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation (motivez votre position) ? 5.4 Quel est le contexte social ? L'assurée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ? Les différents diagnostics psychiatriques retenus et/ou les diagnostics somatiques retenus par les experts du CEMEDEX dans le rapport d'expertise 19 février 2024, entrant en interaction, privent-ils l'assurée de certaines ressources ? 6. Quelles sont les limitations fonctionnelles ? Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic psychiatrique (en mentionnant leur date d'apparition) : 6.1 Dans l'activité habituelle, 6.2 Dans une activité adaptée. 6.3 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des

observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assuré). 6.4 Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ? 7. Traitement

A/1955/2024 - 23/26 - 7.1 Prière d'effectuer un dosage sanguin des traitements psychotropes et antalgiques. 7.2 Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ? 7.3 L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? Qualifier la compliance ? 7.4 Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ? 7.5 Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ? 7.6 Nécessitent-ils un traitement psychotrope ? 7.7 Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ou à une autre raison ? 8. Capacité de travail 8.1 Mentionner les conséquences des diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré du point de vue psychiatrique, en pourcent : a) dans l'activité habituelle, b) dans une activité adaptée. 8.2 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux en datant les changements. 8.3 Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. 8.4 Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ? 8.5 Serait-il possible d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales ? Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail. 8.6 Quelle est la capacité de travail globale de l'assurée ? a) dans l'activité habituelle, b) dans une activité adaptée.

9. Appréciation des avis médicaux du dossier

A/1955/2024 - 24/26 - 9.1 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr J _____ du CEMEDEX, dans son rapport du 19 février 2024 ? pour quels motifs ? 9.2 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr H _____ dans ses rapports des 1er juin 2023 et 5 octobre 2023 et 11 septembre 2024. Pour quels motifs ? 10. Invite l'experte à faire une appréciation consensuelle du cas avec la Dre R _____, experte en médecine générale et interne, s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. 11. Faire toute remarque et proposition utiles. C. Invite l'experte à déposer, dans les trois mois dès réception de la mission d'expertise, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

Du point de vue somatique : II. Commet la docteure R _____, experte en médecine générale et interne. A. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : a) prendre connaissance du dossier de la cause ; b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée ; c) examiner et entendre l'assurée, après s'être entourée de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ; d) si nécessaire, ordonner d'autres examens. B. Charge l'experte d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : 1. Anamnèse détaillée 2. Plaintes et données subjectives de l'assurée 3. Status clinique et constatations objectives 4. Diagnostics 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail 4.1.1 Dates d'apparition 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail 4.2.2 Dates d'apparition

5. Limitations fonctionnelles

A/1955/2024 - 25/26 - 5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic 5.2. Date d'apparition 6. Capacité de travail 6.1 L'assurée est-elle capable d'exercer son ancienne activité lucrative ? 6.1.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? 6.1.2 Quelles limitations fonctionnelles entrent en ligne de compte ? 6.1.3 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ? 6.2 L'assurée est-il capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ? 6.2.1 Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ?

Quelles limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? 6.2.2 Si oui, quelle activité lucrative ? À quel taux ? Depuis quelle date ? 6.3 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ? 6.4 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution. 6.5 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? 6.6 Si aucune activité n'est possible ou seulement dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Depuis quelle date ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? 6.7 Formuler un pronostic global. 7. Appréciation des avis médicaux du dossier 7.1 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr L_____ dans son rapport du 19 février 2024 ? pour quels motifs ? 7.2 Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par la Dre P_____ dans ses rapports des 8 octobre 2024 et 28 mai 2025 ? Pour quels motifs ? 8. Invite l'experte à faire une appréciation consensuelle du cas avec la Dre Q_____, experte psychiatre, s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. 9. Faire toute remarque utile et proposition. C. Invite l'experte à déposer dans les trois mois dès réception de la mission, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

A/1955/2024 - 26/26 -

La greffière

Janeth WEPF

La présidente

Catherine TAPPONNIER

Une copie de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.