

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/304/2024

ATAS/835/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 29 octobre 2024

Chambre 10

En la cause

A _____
représentée par Me Yves MABILLARD, avocat

recourante

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

Siégeant : Joanna JODRY, Présidente

EN FAIT

- A. a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1974, titulaire d'un certificat fédéral de capacité d'employée de bureau depuis 1995, a alterné des périodes d'emploi en tant que secrétaire ou assistante de direction avec des périodes de chômage, puis a exercé une activité à temps partiel dès 2002 comme employée à la Poste. Elle a donné naissance à une fille en 2007.
- b.** Au mois d'octobre 2002, l'assurée, alors domiciliée dans le canton de Vaud, a sollicité des prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) de ce canton, mentionnant souffrir de polytoxicomanie depuis l'âge de 15 ans. En raison de ses problèmes de dépendance, elle n'était pas stable et il lui était difficile de trouver une place de travail pour plus d'une année. Elle était notamment suivie à la Fondation Phenix.
- c.** L'OAI a confié une expertise médicale au docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 3 mars 2005, ce médecin a retenu les diagnostics de dépendances à l'alcool, à l'héroïne et à la cocaïne, actuellement abstinente, ainsi que de personnalité immature à traits de fonctionnement état limite. La capacité de travail résiduelle de l'intéressée était de 50% depuis le 1^{er} septembre 2003, date correspondant à son dernier jour de travail à la Poste.
- d.** Par décision du 4 juillet 2005, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 2004, sur la base du rapport d'expertise du Dr B_____.
- e.** Dans le cadre d'une procédure de révision de la rente, l'OAI du canton de Genève, compétent suite au changement de domicile de l'assurée, a confié une nouvelle expertise au Dr B_____. Par rapport du 3 janvier 2007 (*recte* : 2008), le psychiatre a posé les diagnostics d'abstinence à la consommation d'alcool, d'héroïne, de cocaïne et de méthadone, de personnalité immature à trait de fonctionnement état limite non décompensée. La capacité de travail était entière depuis le 14 août 2006.
- f.** Par décision du 25 avril 2008, l'OAI a supprimé la rente de l'assurée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, compte tenu des conclusions de l'instruction médicale.
- g.** Le 22 septembre 2019, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Elle a indiqué que son état de santé s'était empiré depuis la précédente décision et qu'elle souffrait notamment de bipolarité, de *borderline* et de dépendance aux drogues dures et à l'alcool. Sa situation était très compliquée et s'était empirée depuis qu'elle avait décidé d'avoir une famille, compte tenu des responsabilités qui en découlaient.

h. Par décision du 22 janvier 2020, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette demande, l'intéressée n'ayant pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

B. a. Le 27 janvier 2021, l'assurée a déposé une troisième demande auprès de l'OAI. Dans un courrier d'accompagnement, elle a expliqué qu'elle avait été suivie par la Fondation Phenix jusqu'en 2006 pour divers troubles, à savoir des dépendances aux stupéfiants, aux médicaments, à la méthadone, ainsi que des problèmes de bipolarité et *borderline*. En octobre 2006, elle était tombée enceinte et avait alors interrompu tous ses traitements afin que sa grossesse se déroule le plus sagement possible. Sa dépendance l'avait rattrapée très rapidement et elle avait recommencé à consommer de l'héroïne. Elle avait alors repris un traitement de méthadone et débuté un suivi à la Consultation Ambulatoire d'Addictologie Psychiatrique (ci-après : CAAP). Elle l'avait arrêté en 2017, car elle ne s'y sentait pas à sa place. En 2019, elle avait rechuté dans une autre dépendance, l'alcool et les benzodiazépines. Son médecin traitant avait préconisé un séjour à la Clinique Belmont.

b. Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, l'OAI a reçu plusieurs rapports, notamment des docteurs C_____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, E_____, spécialiste FMH en neurologie, E_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin à la Clinique Belmont, des rapports de la Clinique Belmont relatifs à des séjours de l'assurée du 30 septembre au 21 octobre 2019 et du 1^{er} au 29 juin 2021, et un rapport suite à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne cervicale réalisée le 27 avril 2022.

c. Par avis du 18 août 2022, la docteure G_____, médecin au service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI, a préconisé que soit réalisée une expertise comportant des volets en médecine interne, en neuropsychologie, en psychiatrie, et éventuellement en rhumatologie et gastroentérologie.

d. Le 11 juillet 2023, la docteure H_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, et le docteur I_____, psychiatre, tous deux médecins au Bureau d'expertises médicales (ci-après : BEM), ont rendu leur rapport d'expertise bidisciplinaire.

L'experte somatique a diagnostiqué une insuffisance rénale de stade 1 n'ayant aucune influence sur la capacité de travail. L'expert psychiatre a pour sa part retenu, à titre de diagnostics non incapacitants, une perturbation de l'activité et de l'attention d'évolution favorable avec un traitement psychostimulant (F90.0), un syndrome de dépendance aux opiacés, personne actuellement abstinente, en rémission partielle (F11.201), un syndrome de dépendance à l'alcool, personne actuellement abstinente, en rémission partielle (F10.201), un syndrome de dépendance aux sédatifs ou hypnotiques, personne actuellement abstinente, en

rémission complète (F13.202) et un syndrome de dépendance à la cocaïne, personne actuellement abstinente, en rémission partielle (F14.201).

Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle somatique. Au niveau psychique, il n'y avait pas de restriction dans la mesure où le trouble déficitaire de l'attention était en rémission à la faveur du traitement psychostimulant. S'agissant des addictions, la rémission était complète pour les benzodiazépines, mais partielle pour les opiacés, la cocaïne et l'alcool. Cela n'entraînait pas de limitation, car l'examen confirmait une bonne tolérance globale de ces usages. Le traitement était par ailleurs bien toléré de façon générale et en particulier le traitement par substitutif sur le plan cognitif. La capacité de travail était toutefois altérée par une très longue période d'inactivité professionnelle qui entraînait un déconditionnement.

Concernant l'évaluation des ressources et des facteurs de surcharge, l'experte somatique a noté que l'assurée était francophone, autonome pour les activités de la vie quotidienne, pouvait se déplacer avec les transports en public. Ses ressources étaient constituées par le soutien de son époux et de son réseau de soins, et la prise en charge à la clinique Belmont. Les facteurs de surcharges comprenaient les capacités intellectuelles qui étaient bonnes durant la jeunesse, mais désormais altérées comme le montrait le rapport du 19 mai 2021 relative à l'examen neuropsychologique. L'expert psychiatre a relevé que l'assurée ne présentait pas de trouble cognitif, notamment que son attention et sa concentration étaient restituées par le traitement psychostimulant. Elle disposait de bonnes capacités de planification, de structuration des tâches, d'apport de jugements, de prise de décisions, de persévérance, comme en témoignaient l'ensemble de son parcours thérapeutique et son investissement dans les soins et l'organisation d'activités pour d'autres patients. Les activités spontanées décrites dans le déroulement d'une journée type étaient en l'état normales et assez riches, même si elles étaient peu nombreuses en nature. L'adaptation aux règles et aux routines était constatée durant l'examen, tout comme la capacité d'affirmation de soi. Le rapport avec la famille et les intimes était de très bonne qualité, notamment avec sa mère et son conjoint. Le contact avec les autres et son aptitude à pouvoir travailler en groupe étaient en amélioration du fait de la prise en charge du trouble déficitaire de l'attention et le pronostic favorable en la matière. La capacité aux rapports privilégiés à deux était satisfaisante, comme en témoignait la qualité et la longévité du lien avec son compagnon. La capacité à prendre soin de soi avait été constatée au jour de l'examen. S'agissant des facteurs de surcharges, l'expert a relevé que la flexibilité et l'adaptabilité étaient rendues modestes par un mode de vie depuis longtemps exempt de contraintes professionnelles.

Quant au contrôle de cohérence, l'experte somatique a constaté que les déclarations de l'assurée concordaient avec les données à disposition. L'expert psychiatre a relevé que l'ensemble des informations recueillies dans les propos de l'expertisée, ainsi que ses constatations objectives et les informations issues de la documentation concordaient à l'exception de la consommation d'alcool. Les

descriptions comparatives de la journée type avant et après l'épisode exploré allaient dans le sens de ses conclusions. Les examens biologiques révélaient une consommation modérée d'alcool alors que l'assurée se déclarait abstinente, mais elle reconnaissait une consommation d'opiacé et de cocaïne récente. Les conclusions de l'examen neuropsychologique allaient dans le sens de ses constatations concernant la préservation des fonctions supérieures et notamment de la rémission du trouble déficitaire de l'attention. La plausibilité et la cohérence demeuraient bonnes.

L'experte somatique a conclu qu'il n'y avait aucune limitation dans une quelconque activité, et l'expert psychiatre que la capacité de travail s'élevait à 25% de 2008 à mai 2021, avec une augmentation progressive à 50% jusqu'à novembre 2021, puis à 70% depuis lors du fait d'une longue période d'inactivité qui avait entraîné un déconditionnement, quelle que soit l'activité. Consensuellement, au terme de l'expertise et rétroactivement, les médecins ont retenu que seules des limitations d'ordre psychique s'appliquaient et que la capacité de travail correspondait à celle retenue par le psychiatre.

Le traitement actuel était efficace s'agissant du trouble déficitaire de l'attention, mais la rémission des troubles addictifs, en dehors de la dépendance aux benzodiazépines, n'était que partielle. L'évolution des troubles était toutefois favorable. L'expert psychiatre n'avait pas de recommandation concernant les modalités des soins mis en œuvre, mais il recommandait un monitoring des consommations d'opiacés, d'alcool et de cocaïne pour mieux accompagner l'expertisée vers une abstinence plus complète.

Les experts ont annexé un rapport d'examen neuropsychologique daté du 3 juillet 2023, dont les résultats se sont révélés dans la norme.

e. Par avis du 17 juillet 2023, le docteur J_____, médecin au SMR, a indiqué suivre les conclusions des experts. L'incapacité de travail durable de 75% avait débuté au mois d'octobre 2019. Dans une activité adaptée d'employée de bureau, la capacité de travail s'était élevée à 25% dès le mois d'octobre 2019, 50% dès le mois de novembre 2021 et 70% dès le mois de décembre 2021. Ces taux étaient également valables dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles consistaient en un déconditionnement dû à une très longue période d'inactivité professionnelle.

- C.** **a.** Le 31 août 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100%, du 1^{er} juillet 2021 au 28 février 2022. En effet, il reconnaissait une incapacité de travail durable de 100% dans toute activité confondue dès le 1^{er} octobre 2019. À l'échéance du délai d'attente d'un an, soit le 1^{er} octobre 2020, l'intéressée avait ainsi droit à une rente entière, versée à partir du 1^{er} juillet 2021, compte tenu du dépôt de la demande le 27 janvier 2021. Son état de santé s'était ensuite amélioré depuis le 1^{er} novembre 2021, date à partir de laquelle elle disposait d'une capacité de travail

médico-théorique de 50%, puis à partir du 1^{er} décembre 2021, avec une capacité de travail résiduelle de 70%. Après une période d'amélioration de son état de santé de trois mois, soit dès le 1^{er} mars 2022, son degré d'invalidité était de 30%, insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations.

b. Le 14 septembre 2023, l'assurée a contesté ce projet de décision.

c. Par rapport du 10 octobre 2023, le docteur K_____, médecin psychiatre auprès de la Clinique Belmont, a indiqué suivre l'assurée depuis le 15 septembre 2021. L'année en question avait été marquée par des périodes d'instabilité importante, avec une prise en charge hospitalière de jour, orientée principalement autour du maintien de l'abstinence, du travail sur les émotions et d'une baisse très progressive de la méthadone. En 2022, la patiente avait dû être hospitalisée aux mois de mars et avril suite à une reprise de la consommation. Sa situation était alors très instable, avec des difficultés relationnelles majeures avec sa fille. En 2023, la prise en charge en hôpital de jour avec un travail orienté sur l'instabilité émotionnelle majeure qui entraînait des difficultés relationnelles et surtout une instabilité dans la continuité des actions à mener, s'était poursuivie. Cette symptomatologie ne permettait pas d'évoquer une reprise d'activité professionnelle. La patiente présentait un niveau thymique assez stable et disposait de très bons atouts, puisqu'elle se montrait impliquée dans les soins, était volontaire et authentique. Cependant, une activité professionnelle ne pouvait en l'état pas être envisagée, au regard de l'instabilité et de l'état non consolidé.

d. Le 30 octobre 2023, le Dr J_____ a considéré que le rapport du Dr K_____ n'apportait aucun élément permettant de modifier les conclusions du rapport d'expertise, étant relevé que l'aspect de la pathologie psychiatrique y évoquée avait été analysé par les experts du BEM.

e. Par décision du 14 décembre 2023, l'OAI a maintenu les termes de son projet de décision.

D. a. Par acte du 29 janvier 2024, l'assurée, représentée par un avocat, a interjeté recours par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision précitée. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à son audition. Principalement, elle a conclu à l'annulation de la décision litigieuse, à ce qu'il soit dit et constaté qu'elle avait droit à l'octroi d'une rente entière. Subsidiairement, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire afin de déterminer ses troubles psychologiques et le taux d'invalidité y afférent, et au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.

La recourante a soutenu que l'impact de ses troubles psychiques et de sa toxicomanie sur sa capacité de travail avait été sous-estimé par l'expert. En effet, elle présentait depuis ses 13 ans des problèmes de dépendance, à savoir d'alcoolisme et de toxicomanie, qui avaient abouti à des troubles psychiques. Plusieurs médecins avaient signalé des atteintes invalidantes à la santé et confirmé que sa toxicomanie résultait d'un trouble de la personnalité existant

depuis l'enfance. Par ailleurs, son état de santé ne saurait être considéré comme s'étant amélioré à partir du mois de novembre 2021, étant relevé qu'elle avait fait état d'une reprise des consommations qui avait nécessité une nouvelle hospitalisation de deux mois en 2022. Cela démontrait la fragilité de son état de santé et, par conséquent, son incapacité à reprendre une activité professionnelle. Son traitement auprès de la Clinique Belmont, qui n'était pas terminé, était pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire, ce qui confirmait qu'elle était bien malade, et donc que son état ne s'était pas amélioré au point de pouvoir travailler. Des certificats d'arrêt de travail étaient établis mensuellement.

Par ailleurs, les experts du BEM n'avaient tout trouble de la personnalité et tout trouble cognitif en raison du fait qu'elle suivait son traitement médicamenteux et que celui-ci aurait de l'effet. Ceci n'était toutefois pas suffisant pour considérer que son état de santé s'était amélioré et qu'elle avait recouvré une capacité de travail, étant rappelé la rechute de 2022. Par ailleurs, l'expertise ne comportait aucune explication claire s'agissant de l'évolution retenue de la capacité de travail. L'expert semblait avoir retenu une amélioration de la capacité de travail de 25% à 50% dès le mois de mai 2021, soit à partir de l'introduction d'un nouveau traitement, considéré comme particulièrement efficace, indépendamment des effets de celui-ci qui n'avaient certainement pas été immédiats. Elle avait été à l'évidence dans un bon jour lors de l'expertise, mais son avis n'était pas confirmé par ses médecins traitant. De plus, les experts n'avaient pas indiqué les motifs pour lesquels ils retenaient une exigibilité de 70% dès le mois de novembre 2021. Elle ne comprenait pas davantage comment les experts avaient apprécié le régime de substitution et ses effets dans l'exercice d'une activité professionnelle à 70%, puisqu'il était évident que ce régime était contraignant et avait des effets sur ses capacités cognitives. Les éléments avaient été analysés de manière superficielle par les experts, qui avaient minimisé ses phases de rechute et n'avaient pas tenu compte de l'ensemble des circonstances. La rechute récente de consommation et l'échec de la première tentative de sevrage en institution s'avéraient significatifs.

Ainsi, sa capacité de travail était nulle dans son ancienne activité et dans toute activité analogue, légère dans le secteur privé. Si une capacité résiduelle devait être retenue, il y aurait lieu de prendre en compte un abattement de 20% au moins du fait des circonstances personnelles, comme le fait de n'avoir pas travaillé depuis de nombreuses années et d'être limitée à des travaux dits légers pour la période jusqu'au 31 décembre 2023.

b. Dans sa réponse du 21 février 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours, considérant que l'expertise du BEM, plus détaillée que les autres pièces au dossier, devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. La recourante n'avait apporté aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de ce document ou établir son caractère incomplet.

Le fait que ses médecins traitants avaient une appréciation différente n'était en soi pas déterminant.

c. Par écriture du 20 mars 2024, la recourante a maintenu ses conclusions, sollicitant notamment l'audition du docteur L_____, médecin à la Clinique Belmont, et du Dr K_____. La persistance de ses troubles était documentée par tous les médecins qui l'avaient suivie. Il était dès lors incompréhensible que les experts du BEM aient pu considérer qu'après 27 années de consommation, elle ne présenterait plus aucun trouble cognitif en 2023.

La recourante a produit des questionnaires remplis le 16 février 2024 par le Dr L_____ et le 19 février 2024 par le Dr D_____.

d. Par duplique du 15 avril 2024, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Il s'est référé à un rapport du 4 avril 2024 du Dr J_____, lequel s'est prononcé sur les nouvelles pièces produites par la recourante. Le questionnaire du Dr D_____ était similaire au rapport qu'il avait déjà rendu le 29 mai 2021 et qui avait déjà été pris en compte. S'agissant du questionnaire du Dr L_____, il était relevé que le Dr I_____ n'avait pas retenu le diagnostic qui motivait son appréciation. Concernant les troubles cognitifs, l'examen neuropsychologique réalisé dans le cadre de l'expertise était normal et le dysfonctionnement décrit en mai 2021 s'était notablement amendé. Pour le reste, l'expert psychiatre avait tenu compte des difficultés qui subsistaient, notamment le dérapage à la consommation, et relevé que l'objectif d'une abstinence complète n'était que partiellement atteint. La problématique addictive dans son ensemble avait été bien décrite par la recourante à l'expert et était en outre largement documentée. L'abstinence partielle était constatée en l'absence de signe d'intoxication aigue ou de signe de sevrage à ces différentes substances, mais des examens signalaient des consommations récentes, ce qui faisait retenir la rémission partielle, à l'exception des benzodiazépines pour lesquelles la rémission semblait complète. Dans ces conditions, les rapports des Drs D_____ et L_____ ne permettaient pas de remettre en cause la précédente appréciation du SMR.

e. Par courrier du 27 septembre 2024, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise au docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, en leur transmettant les questions qu'elle avait l'intention de lui poser et en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur la mission d'expertise.

f. Par décision du 4 octobre 2024, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance juridique.

g. Le 8 octobre 2024, l'intimé a indiqué s'opposer à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, aucun élément ne permettant de remettre en question la valeur probante de l'expertise du BEM. Il a précisé que si la chambre de céans persistait dans son intention d'ordonner une telle expertise, il n'avait pas de motif

de récusation à l'encontre de l'expert annoncé, ni de questions complémentaires à lui soumettre.

h. Le 18 octobre 2024, la recourante a souhaité qu'une question complémentaire soit posée à l'expert, à l'encontre duquel elle n'avait aucun motif de récusation.

i. En date du 21 octobre 2024, copies de ces écritures ont été transmises aux parties.

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 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 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Selon l'art. 38 LPGA, si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (al. 1). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (al. 4 let. c).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension précitée, le recours du 29 janvier 2024 contre la décision du 14 décembre 2023 est recevable.

2.

2.1 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

2.2 Dans le cadre du développement continu de l'AI, 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 1^{er} 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 (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 1^{er} 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 (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, 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 1^{er} 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, la décision querellée porte sur la suppression au 1^{er} mars 2022 de la rente d'invalidité entière octroyée à partir du 1^{er} juillet 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3.

3.1 L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références).

Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et les références).

3.2 En l'espèce, la recourante ne remet pas en cause l'octroi d'une rente d'invalidité entière accordée à partir du 1^{er} juillet 2021, mais conteste la suppression de cette prestation dès le 1^{er} mars 2022. Le litige a donc trait au maintien du droit de la recourante à une rente entière au-delà de cette date.

4. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une

décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3 et les références).

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100% (let. b).

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références).

Une amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'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 (art. 88a al. 1 RAD). Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.2 et les références).

4.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

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).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et 16 LPGA).

4.2 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique 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 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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, de 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 psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement

des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),
 - A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)
 - Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).
 - B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)
 - C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)
- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)
 - Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

4.3 Selon la jurisprudence applicable jusqu'ici, un syndrome de dépendance primaire à des substances psychotropes (dont l'alcool) ne pouvait conduire à une invalidité au sens de la loi que s'il engendrait une maladie ou occasionnait un accident ou s'il résultait lui-même d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie. Cette jurisprudence reposait sur la prémisse que la personne souffrant de dépendance avait provoqué elle-même fautivement cet état et qu'elle aurait pu, en faisant preuve de diligence, se rendre compte suffisamment tôt des conséquences néfastes de son addiction et effectuer un sevrage ou à tout le moins entreprendre une thérapie par (cf. notamment ATF 124 V 265 consid. 3c).

Dans un arrêt du 11 juillet 2019 (ATF 145 V 215), le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion que sa pratique en matière de syndrome de dépendance ne peut plus être maintenue. D'un point de vue médical, les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués *lege artis* par un

spécialiste doivent également être considérés comme des atteintes (psychiques) à la santé significatives au sens du droit de l'assurance invalidité (consid. 5.3.3 et 6).

Le caractère primaire ou secondaire d'un trouble de la dépendance n'est plus décisif pour en nier d'emblée toute pertinence sous l'angle du droit de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1). Par conséquent, il s'agit, comme pour toutes les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier peut et doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (ATF 145 V 215 consid. 6.3). Ceci est d'autant plus important que dans le cas des troubles de la dépendance – comme dans celui d'autres troubles psychiques – il y a souvent un mélange de troubles ayant valeur de maladie ainsi que de facteurs psychosociaux et socio-culturels. L'obligation de diminuer le dommage (art. 7 LAI) s'applique également en cas de syndrome de dépendance, de sorte que l'assuré peut être tenu de participer activement à un traitement médical raisonnablement exigible (art. 7 al. 2 let. d LAI). S'il ne respecte pas son obligation de diminuer le dommage, mais qu'il maintient délibérément son état pathologique, l'art. 7b al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 LPGA permet le refus ou la réduction des prestations (consid 5.3.1).

4.4 Le Tribunal fédéral a affirmé à plusieurs reprises, en se référant à l'ATF 127 V 294 consid. 4c, que dans l'assurance-invalidité, la possibilité de traiter une affection ne s'oppose pas de manière absolue à la survenance d'une invalidité donnant droit à une rente. En effet, la possibilité de traitement, considérée en soi, ne dit encore rien sur le caractère invalidant d'une atteinte à la santé. Une atteinte à la capacité de gain doit être établie et son ampleur déterminée dans chaque cas particulier, indépendamment de la classification diagnostique d'une affection et, en principe, indépendamment de son étiologie. La question déterminante est de savoir si l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée qu'elle fournisse une prestation de travail. La naissance du droit à une rente d'invalidité suppose donc toujours et uniquement qu'une incapacité de travail d'au moins 40% ait existé pendant un an (sans interruption notable) et qu'une incapacité de gain justifiant le droit à une rente subsiste. Un refus ou une réduction des prestations au motif que l'assuré n'utilise pas tous les moyens de traitement présuppose une procédure selon l'art. 21 al. 4 LPGA. En l'absence d'une telle procédure, les atteintes à la santé ne peuvent pas être ignorées, lors de la détermination de la capacité de l'assuré, au seul motif qu'elles peuvent être traitées (arrêt du Tribunal fédéral 9C_327/2022 du 10 octobre 2023 consid. 4.2 et la référence).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine* ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_43/2023 du 29 novembre 2023 consid. 5.1 et 5.2 et les références).

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

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

litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

5.1 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

6. 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 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

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 I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

7. En l'espèce, par décision du 14 décembre 2023, l'intimé a reconnu le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité, pour la période limitée du 1^{er} juillet 2021 au 28 février 2022, considérant que l'état de santé de l'intéressée s'était amélioré dès le 1^{er} novembre 2021, date à partir de laquelle la capacité de travail exigible était de 50%, portée à 70% dès le 1^{er} décembre 2021. Trois mois après cette amélioration, le degré d'invalidité était donc de 30%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Cette appréciation repose sur les avis du SMR des 17 juillet et 30 octobre 2023, eux-mêmes essentiellement fondés sur le rapport d'expertise du 11 juillet 2023 du BEM, bien qu'ils comportent quelques divergences s'agissant des dates retenues pour l'augmentation de la capacité de travail.

7.1 Il convient donc d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise.

7.1.1 La chambre de céans constate d'emblée que le dossier mis à la disposition de la Dre H_____ et du Dr I_____ est manifestement incomplet.

En effet, la recourante a été hospitalisée au printemps 2022 en raison de ses dépendances (rapport du 10 octobre 2023 du Dr K_____), mais le rapport relatif à cette hospitalisation ne figure pas parmi les pièces citées par les experts. D'ailleurs, seul le médecin psychiatre semble avoir eu connaissance de cet événement, puisque l'experte somatique a relevé une rechute à l'héroïne en octobre 2022 (expertise p. 14) et une autre à la cocaïne, sans mentionner de séjour en milieu médical (expertise p. 14). De même, l'évaluation consensuelle rapporte que l'intéressée a « avoué deux rechutes » de consommations de mélange cocaïne et héroïne, mais ne fait pas état d'une hospitalisation (expertise p. 6). L'expert psychiatre a quant à lui d'abord signalé trois hospitalisations à la Clinique Belmont, soit « une première fois deux jours, puis trois semaines en 2019, puis deux fois en 2021 durant six semaines, puis quatre semaines » (expertise p. 27), ce qui est incohérent, puisque le nombre de séjour devrait être porté à quatre, lacunaire, car le séjour de 2022 n'est pas cité, et paradoxal avec un autre paragraphe du rapport, dans lequel le Dr I_____ a relaté trois hospitalisations, dont deux en 2021 et une brève en 2022 (expertise p. 36).

Selon les pièces soumises à l'appréciation de la chambre de céans, qui semblent en l'état correspondre au dossier transmis par l'intimé aux experts, la recourante aurait séjourné à la Clinique Belmont du 30 septembre au 21 octobre 2019 (rapport de séjour du 25 octobre 2019) et du 1^{er} au 29 juin 2021 (rapport de séjour du 2 juillet 2021). Tout porte donc à croire que c'est la recourante elle-même qui a informé l'expert psychiatre d'une seconde hospitalisation en 2021 et du séjour de 2022. Le Dr I_____ aurait donc dû requérir tous les rapports d'hospitalisation afin de compléter son dossier.

Dès lors que les experts ont tout ignoré de l'hospitalisation de 2022, en particulier sa durée, ses motifs précis, les diagnostics retenus, les constatations des médecins, les éventuelles investigations qui auraient été réalisées, ou encore le traitement prescrit, force est de constater que leur rapport ne saurait se voir reconnaître une valeur probante, faute d'avoir été rendu en pleine connaissance de cause et d'être basé sur une anamnèse complète.

En l'état, il n'est pas possible de savoir si d'autres pièces médicales pertinentes auraient été rendues, puisque le dossier des experts ne comporte, à partir de l'année 2022, que des avis du SMR et le rapport d'IRM de la colonne cervicale du 27 avril 2022 (expertise p. 5 et 56).

7.1.2 Par ailleurs, il est pour le moins surprenant que l'expert psychiatre n'ait pas jugé utile de s'entretenir avec les médecins qui suivent la recourante de longue date. Cela semblait pourtant s'imposer, puisque la situation de l'intéressée face à ses différentes dépendances a beaucoup varié et que le dossier ne comporte aucun document récent, le dernier rapport concernant ses dépendances remontant à l'automne 2021.

À cet égard, il est rappelé qu'il ressort des pièces de la procédure que la recourante a effectué un séjour à la Clinique Belmont en 2019 afin notamment d'y suivre un sevrage d'alcool, cette consommation étant alors jugée comme problématique (rapport de séjour du 25 octobre 2019). Par la suite, au mois de mai 2021, le psychiatre traitant a mentionné une dépendance à l'alcool, utilisation continue, avec d'importantes consommations, et une dépendance aux opiacés, sous substitution (rapport du 29 mai 2021 du Dr D_____). Toutefois, le rapport relatif au séjour hospitalier de juin 2021 fait état de consommations d'alcool, mais également d'une reprise de la cocaïne et de l'héroïne, sporadiquement, malgré le traitement de méthadone (rapport de séjour du 2 juillet 2021). Trois mois plus tard, le médecin-répondant de la Clinique Belmont a noté que la patiente maintenait son traitement à la méthadone s'agissant du syndrome de dépendance aux opiacés, qu'elle était actuellement abstinente face au syndrome de dépendance à l'alcool, et en rémission complète du syndrome de dépendance aux benzodiazépines et du syndrome de dépendance à la cocaïne. L'évolution était ainsi favorable au niveau addictologique, compte tenu de l'absence de consommation des toxiques (rapport du 15 octobre 2021 du Dr E_____). Cette amélioration ne s'est manifestement pas poursuivie, puisque

la recourante a dû être à nouveau hospitalisée au printemps 2022 suite à la reprise de la consommation (rapport du 10 octobre 2023 du Dr K_____) et que l'experte somatique a rapporté deux autres rechutes, à l'héroïne en octobre 2022, et à la cocaïne sans la dater.

Les analyses biologiques effectuées dans le cadre de l'expertise se sont révélées positives concernant les amphétamines, la cocaïne, les opiacés et la méthadone, et l'expertisée a reconnu une consommation « récente » de substances. On ignore donc sur quel élément s'est basé l'expert pour considérer que la recourante était en l'état abstinente et que la rémission pouvait être considérée comme partielle. En l'absence de toute pièce au dossier, il semble s'être fié aux seules déclarations de l'expertisée, sans les vérifier auprès des médecins traitants, quand bien même il a constaté que certaines affirmations de l'intéressée étaient fausses, soit celles concernant sa consommation d'alcool contredites par les analyses qui parlaient en faveur d'une consommation modérée (expertise p. 31). Ces incompatibilités justifiaient que le Dr I_____ prenne des renseignements auprès des spécialistes qui suivent l'expertisée. De surcroît, l'expert a rapporté que l'intéressée lui avait fait part de ses « envies récurrentes » de consommer de l'alcool, de la cocaïne et de l'héroïne (expertise p. 21), substances qu'elles consomme depuis l'âge de 13 ans pour les deux premières, respectivement depuis ses 15 ans pour la dernière (rapport du 15 octobre 2021 du Dr E_____), ce qui paraît peu compatible avec une rémission, même partielle, de ces syndromes de dépendance.

Dans ces circonstances, l'évaluation de l'expert psychiatre, qui a retenu que l'intéressée était en rémission partielle de ses syndromes de dépendances aux opiacés, à l'alcool et à la cocaïne, avec un état d'abstinence lors de son expertise, semble douteuse.

7.1.3 On pourra également observer que l'expert psychiatre a écarté le diagnostic de trouble de la personnalité, relevant cependant que celui-ci était bien documenté. Il estimait en effet, rétrospectivement, que le trouble déficitaire de l'attention expliquait mieux l'ensemble du parcours personnel, social et clinique de l'expertisée et qu'une bonne partie des manifestations qui pouvaient être retenues comme étant consécutives à un tel trouble de la personnalité avaient pu céder depuis l'introduction du traitement en mai 2021. Par ailleurs, l'intéressée rapportait la consommation de cocaïne comme quasi thérapeutique et faisait le lien entre sa première expérience et les bénéfices qu'elle retenait du traitement psychostimulant dans le contexte de trouble déficitaire de l'attention. En outre, elle ne rapportait pas de comportement auto-mutilant récurrent, n'avait jamais présenté et fait de tentative de suicide et on ne trouvait pas de sentiment de vide intérieur. L'impulsivité et les prises de décisions impulsives étaient mieux expliquées selon lui par le trouble déficitaire de l'attention qui pouvait impliquer une forme d'impulsivité, mais aussi les différentes consommations qui pouvaient elles-mêmes entraîner ou aggraver de telles conduites.

Cette motivation n'est pas suffisante pour nier un trouble admis de longue date par des spécialistes qui suivent régulièrement la recourante.

Il ressort notamment d'un rapport du 14 août 2016 établi par un psychiatre de la Fondation Phénix que la recourante souffrait d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31), depuis 1994. Le Dr D_____ a diagnostiqué un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, type mixte avec forte impulsivité (F90), mais également un trouble mixte de la personnalité sévère dyssociale et dépendante avec d'importants traits schizotypiques (F60.0). Il a donc également considéré, à l'instar de l'expert, que l'impulsivité pouvait être rattachée au trouble déficitaire de l'attention, ce qui ne l'a pas empêché de confirmer le trouble de la personnalité (rapport du 29 mai 2021). Selon les deux rapports au dossier concernant les séjours à la Clinique Belmont, où l'intéressée a été soignée par des spécialistes durant plusieurs semaines, les diagnostics principaux étaient un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline (F60.31) et un syndrome d'hyperactivité avec un trouble de l'attention, chez l'adulte (F90.0) (rapports de séjour des 25 octobre 2019 et 2 juillet 2021). Le Dr E_____ a lui aussi confirmé l'existence d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline (F60.31 ; rapport du 15 octobre 2021). Enfin, le Dr L_____ a notamment posé comme diagnostic existant en mars 2022 une personnalité émotionnellement labile (F60.3) ou des troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité (F61). Il a expliqué que la patiente présentait des traits de personnalité dysfonctionnels appartenant au *cluster* B (dont une instabilité affective liée à une forte réactivité de l'humeur, des difficultés pour contrôler sa colère, une impulsivité, une instabilité de l'image de soi et encore des modes de relations interpersonnelles tendant à l'excessivité) qui avaient permis de retenir le diagnostic de trouble de la personnalité, personnalité émotionnellement labile, avec comme diagnostic différentiel des troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité pour la présence de traits notamment dépendants et dyssociaux. D'autre part, selon son dossier et les observations directes de l'équipe de la Clinique Belmont, qui s'étaient sur une prise en charge de longue durée, la présence des traits de personnalité dysfonctionnels évoqués restait la plupart du temps au premier plan, y compris durant les phases d'abstinence à la consommation de toxiques, ainsi qu'après l'introduction du traitement psychostimulant pour son trouble déficitaire de l'attention (rapport du 16 février 2024).

7.1.4 Au niveau neuropsychologique, l'expert psychiatre a considéré que le traitement actuel était efficace s'agissant du trouble déficitaire de l'attention et que l'intéressée ne présentait pas de trouble cognitif, en particulier que l'attention et la concentration étaient restituées par le traitement psychostimulant. Dès lors qu'il a n'a retenu aucun diagnostic incapacitant et qu'il a conclu à une capacité de travail de 70% depuis le mois de novembre 2021, mentionnant que cette capacité était

altérée par une très longue période d'inactivité professionnelle, on peut en déduire que l'expert a considéré que la recourante ne présentait plus de troubles cognitifs incapacitants depuis le mois de novembre 2021.

Toutefois, il est rappelé que le Dr D_____ avait constaté des capacités mnésiques altérées (rapport du 29 mai 2021) et que le bilan neuropsychologique du Dr E_____ avait mis en évidence des troubles sévères de la mémoire antérograde et des troubles légers de certaines fonctions exécutives, compatibles avec un dysfonctionnement d'origine toxique (rapport du 19 mai 2021). De plus, si le Dr E_____ a estimé que l'évolution était favorable au niveau addictologique depuis le mois de juin 2021, il ne s'est pas déterminé sur les troubles cognitifs (rapport du 15 octobre 2021). Il paraît donc peu probable que les importants déficits constatés en mai 2021 se soient complètement amendés en moins de six mois, ce d'autant plus que les troubles existaient depuis plusieurs années, le Dr C_____ ayant fait état de troubles cognitifs importants depuis, semble-t-il, 2018 (rapport peu lisible du 1^{er} mars 2021).

Comme déjà observé, les pièces produites par les parties ne comportent pas de rapports établis en 2022, de sorte que la disparition des troubles cognitifs à l'automne 2021, telle que retenue par le Dr I_____, ne saurait en l'état être considérée comme établie. En effet, l'examen neuropsychologique auquel s'est soumise la recourante dans le cadre de l'expertise, et dont les résultats se sont révélés dans la norme, ne permet de tirer aucune conclusion pour la période antérieure.

Enfin, il sied de rappeler que les résultats dudit examen sont remis en cause par le Dr L_____, lequel a attesté de la présence de troubles cognitifs, à mettre vraisemblablement en lien en premier lieu avec le traitement de substitution, ainsi qu'avec le trouble déficitaire de l'attention, qui était caractérisé par un impact sur la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives (rapport du 16 février 2024).

7.1.5 Les conclusions du Dr I_____ sont donc très éloignées de celles des autres médecins, s'agissant des diagnostics retenus et de leur évolution, mais également concernant leurs répercussions sur la capacité de travail de l'expertisée.

Comme déjà relevé, l'évolution favorable de l'état de santé de la recourante durant l'année 2021 qui lui aurait permis de disposer d'une capacité de travail de 70% au mois de mai 2021 n'est pas établie. Au contraire, elle est mise à mal par l'hospitalisation de 2022.

L'évaluation de l'expert psychiatre est en outre fermement contredite par les autres médecins appelés à se déterminer sur la capacité de travail de l'intéressée.

Ainsi, le Dr D_____ avait observé que l'évolution de l'état de santé de la patiente était excellente grâce à l'introduction d'un psychostimulant, mais que sa capacité de travail demeurait en l'état nulle (rapport du 29 mai 2021). Il a confirmé cette appréciation, en attestant que ladite capacité avait été de 0% de 2011 à mai 2021, date de la fin de son suivi (questionnaire du 19 février 2024). Le

Dr K_____, qui a repris le suivi de l'intéressée depuis le 15 septembre 2021, a considéré que la symptomatologie observée ne permettait pas d'évoquer une reprise d'activité professionnelle, que cette dernière ne pouvait en l'état pas être envisagée, au regard de l'instabilité et de l'état non consolidé (rapport du 10 octobre 2023). Enfin, le Dr L_____ a expliqué que selon ses observations dans le contexte de la prise en charge ambulatoire pluridisciplinaire intensive (hôpital de jour), son dossier, ainsi que les rapports à sa disposition, la reprise d'une activité professionnelle n'avait pas été évoquée dans le passé, puisque la patiente était évaluée comme pas du tout en état de pouvoir maintenir une telle activité. La capacité de travail de la patiente durant l'intégralité de la période décrite, notamment à partir de mai 2021, pouvait selon lui être évaluée entre 0% et 25%. Des facteurs aggravants tels que la dépendance datant de nombreuses années aux opiacés (avec un traitement de substitution qu'il n'avait pas été possible à ce stade d'arrêter complètement) et un déconditionnement lié à l'inactivité prolongée, l'adressaient vers les valeurs les plus basses de l'intervalle fourni. Compte tenu de la persistance des difficultés, il n'était à ce stade pas possible d'envisager la reprise d'une activité professionnelle (rapport du 16 février 2024).

7.1.6 L'évolution favorable de certaines dépendances durant une période limitée et l'amélioration partielle de l'état de santé de la recourante grâce au traitement, mais aussi à ses efforts afin de développer des compétences lui permettant de mieux faire face aux limitations fonctionnelles pouvant découler de ses troubles psychiques (cf. notamment rapports des 15 octobre 2021 du Dr E_____ et 16 février 2024 du Dr L_____) ne suffisent en aucun cas pour conclure que l'intéressée aurait récupéré une capacité de travail suffisante pour justifier la suppression de la rente entière d'invalidité.

Pour ces diverses raisons, le rapport d'expertise du BEM ne saurait se voir attribuer une quelconque valeur probante.

Le SMR ne pouvait donc pas se fonder sur cette expertise pour conclure que la recourante disposait d'une capacité de travail de 50% dès le mois de novembre 2021 et de 70% dès le mois de décembre 2021.

7.2 En ce qui concerne les autres rapports au dossier, en particulier celui du Dr L_____ du 26 février 2024, il y a lieu de tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient avec lequel existe une relation de confiance.

De plus, le psychiatre traitant ne s'est pas déterminé sur la capacité de travail de sa patiente conformément aux principes développés par la jurisprudence.

Son rapport ne permet donc pas non plus de trancher le litige.

7.3 Eu égard à tout ce qui précède, il n'est en l'état pas possible de retenir des diagnostics fiables, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, ni de se déterminer sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante depuis le mois

de novembre 2021 à l'aune des indicateurs développés par la jurisprudence en matière de troubles psychiques et de toxicodépendances.

Partant, il est indispensable de compléter l'instruction médicale psychiatrique afin de clarifier les aspects médicaux et leurs conséquences sur la capacité de travail de la recourante.

Une expertise psychiatrique judiciaire est donc ordonnée et confiée au docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Le point 11 de la mission d'expertise est complété dans le sens proposé par la recourante.

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

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise psychiatrique de Madame A_____.

Commet à ces fins le docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, route N_____, 1260 Nyon

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- B. Obtenir tous les rapports d'hospitalisation de la personne expertisée depuis 2021.
- C. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier le Drs E_____, D_____, K_____ et L_____.
- D. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens, notamment un bilan neuropsychologique.

E. Établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status clinique et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

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

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

4.4 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis le mois de mai 2021 ?

4.5 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 la personne expertisée).

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

5. Limitations fonctionnelles

- 5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic
 - 5.1.1 Dates d'apparition
- 5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Cohérence

- 6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
- 6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?
- 6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autres termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?
- 6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
- 6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

7. Personnalité

- 7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?

- 7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?
- 7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?
- 7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

8. Ressources

- 8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?
- 8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :
 - a) psychique
 - b) mental
 - c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

9. Capacité de travail

- 9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.
- 9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?
 - 9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?
- 9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
 - 9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
 - 9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? A quel taux ? Depuis quelle date ?
 - 9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
- 9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le mois de mai 2021 ?
- 9.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

- 9.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

10. Traitement

- 10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.
- 10.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?
- 10.3 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?
- 10.4 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

11. Appréciation d'avis médicaux du dossier

- 11.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr L_____ du 16 février 2024 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 0% à 25% depuis le mois de mai 2021 ? Si non, pourquoi ?
- 11.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr E_____ du 15 octobre 2021 ? En particulier avec les diagnostics posés, leur influence sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles constatées? Si non, pourquoi ?
- 11.3 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr K_____ du 10 octobre 2023 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 0% depuis à tout le moins le mois de septembre 2021 ? Si non, pourquoi ?
- 11.4 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr I_____ du 11 juillet 2023 ? En particulier sur l'existence d'une rémission complète pour les benzodiazépines, mais partielle pour les opiacés, la cocaïne et l'alcool, ainsi que sur l'absence de limitation en raison d'une bonne tolérance globale de ces usages ? Si non, pourquoi ?
12. Quel est le pronostic ?
13. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

II. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, son rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

III. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Joanna JODRY

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