

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/304/2024

ATAS/589/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 juin 2026

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; Andres PEREZ et Christine TARRIT-
DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** 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 B_____, à raison de 21 heures par semaine. Elle a été aidée par l'Hospice général dès le mois d'août 2003 et est mère d'une fille née 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 C_____.
- c.** L'OAI a confié une expertise médicale au docteur D_____, spécialiste 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 trait de fonctionnement état limite. Il n'y avait pas d'état dépressif majeur au premier plan, mais l'intéressée présentait des problèmes relationnels et supportait mal les frustrations et les contraintes. La capacité de travail était de 50% dès le 1^{er} septembre 2003, date correspondant à son dernier jour de travail à B_____. Depuis lors, sa capacité de travail résiduelle était de 50%.
- 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 D_____.
- e.** Dans le cadre d'une procédure de révision de la rente de l'assurée, l'OAI du canton de Genève, compétent à la suite du changement de domicile de l'assurée, a confié une nouvelle expertise au Dr D_____. Par rapport du 3 janvier 2007 (*recte* : 2008), le psychiatre a retenu 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. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas nécessaires, mais le suivi psychothérapeutique devrait être poursuivi par sécurité, afin de maintenir la capacité de travail.
- 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 de bipolarité et de dépendance aux drogues dures et à l'alcool, et était *borderline*. 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 C_____ 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 sainement 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 depuis le 2 mai 2016 avait préconisé un séjour à la Clinique E_____. Elle s'était occupée de sa fille depuis ces dernières années et n'avait plus travaillé depuis environ 20 ans.

b. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a notamment reçu :

- un bilan neuropsychologique du 19 mai 2021 du docteur F_____, spécialiste en neurologie, mentionnant que la patiente présentait des troubles sévères de la mémoire antérograde et des troubles légers de certaines fonctions exécutives, compatibles avec un dysfonctionnement d'origine toxique (alcool et drogues) ;
- un rapport du 29 mai 2021 du docteur G_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, diagnostiquant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, type mixte avec forte impulsivité (F90), un trouble mixte de la personnalité sévère dyssociale et dépendante avec d'importants traits schizotypiques (F60.0) et une dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.25), avec des complications, pancréatique (pancréatite chronique) et hépatique ; ces atteintes avaient un impact sur la capacité de travail ; étaient en outre relevées une dysthymie (F34.1) et une dépendance aux opiacés, sous substitution (F11.22), sans effet sur ladite capacité ; la patiente s'abstenait des stupéfiants mais conservait des importantes consommations d'alcool ; les limitations fonctionnelles concernaient, au niveau somatique, une distension abdominale (pancréatite chronique), au niveau neuropsychologique et psychique, des troubles mnésiques sur le court terme, des problèmes d'attention et de concentration, une impulsivité, la gestion du stress, des

pensées dépressives avec des idées noires, une irritabilité, une labilité émotionnelle avec des interactions sociales compliquées en partie par la consommation d'alcool ; si l'évolution de l'état de santé de la patiente était excellente grâce à l'introduction d'un psychostimulant, la capacité de travail demeurait en l'état nulle ;

- un rapport du 15 octobre 2021 du docteur H_____, spécialiste en médecine interne et médecin à la Clinique E_____, retenant, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type *borderline* (F60.31), un syndrome d'hyperactivité avec trouble de l'attention, chez l'adulte (F90.0), un syndrome de dépendance aux opiacés, sous traitement de maintenance à la méthadone (F11.22), un syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente (F10.20), un syndrome de dépendance aux benzodiazépines, en rémission complète (F13.202), et un syndrome de dépendance à la cocaïne, en rémission complète (F 14.202) ; l'évolution était favorable au niveau addictologique, mais les restrictions étaient essentiellement psychiatriques en relation avec son trouble de la personnalité et le TDAH ; la prise en charge d'activités courantes de la vie semblait acquise avec la poursuite de la thérapie, et la patiente était motivée à continuer ses soins ; les restrictions fonctionnelles étaient essentiellement psychiatriques et en relation avec son trouble de la personnalité et le TDAH ;
- un rapport suite à une imagerie par résonance magnétique de la colonne cervicale du 27 avril 2022 ;
- des rapports du docteur I_____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant ;
- des rapports relatifs à des séjours de l'assurée à la Clinique E_____ du 30 septembre au 21 octobre 2019 et du 1^{er} au 29 juin 2021, visant à la stabilisation psychiatrique et médicamenteuse, à un sevrage d'alcool et à une psychothérapie selon le programme cognitivo-comportementale de la clinique, et faisant état, à titre de diagnostics principaux, d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type *borderline* (F60.31) et d'un syndrome d'hyperactivité avec un trouble de l'attention, chez l'adulte (F90.0).

c. Par avis du 18 août 2022, la docteure J_____, médecin au service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI, a relevé l'existence d'atteintes psychiatriques avec notamment une dépendance à l'alcool ayant probablement comme séquelles des atteintes somatiques et neuropsychologiques. Elle se posait des questions sur le traitement et l'exigibilité de celui-ci, et n'était en l'état pas en mesure de suivre la position des médecins de l'assurée qui attestaient d'une totale incapacité de travail. Une expertise, comportant des volets en médecine interne, en neuropsychologie, en psychiatrie, et éventuellement en rhumatologie et gastroentérologie, était préconisée.

d. Le 11 juillet 2022, l'OAI a reçu l'expertise bidisciplinaire rendue par la docteure K_____, spécialiste en médecine interne générale, et le docteur L_____, psychiatre, tous deux médecins au Bureau d'expertises médicales (ci-après : BEM). L'expert 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 opiacées, 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, avec des posologies ramenées récemment à 30 mg par jour.

La capacité de travail était toutefois altérée par une très longue période d'inactivité professionnelle qui entraînait un déconditionnement. Dans une activité adaptée, d'un point de vue somatique, en faisant abstraction des troubles psychiatriques et des atteintes neuropsychologiques, la capacité de travail était entière depuis le mois d'août 2006. Au plan psychique, elle était évaluée à 25% jusqu'en mai 2021, avec une augmentation progressive jusqu'à 50% en novembre 2021, puis de 70% du fait du déconditionnement.

Consensuellement, au terme de l'expertise et rétroactivement, les médecins ont conclu que seules des limitations d'ordre psychique s'appliquaient et que la capacité de travail correspondait à celle retenue par le psychiatre.

A été 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 M_____, 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 le projet de décision précité.
 - c.** Par rapport du 10 octobre 2023, le docteur N_____, médecin psychiatre auprès de la Clinique E_____, 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 à la suite d'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 M_____ a considéré que le rapport du Dr N_____ 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 de la part de l'intimé. 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/ou nouvelle décision.

En substance, 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, à l'instar des Drs I_____, G_____, F_____, H_____ et N_____, dont les avis convergeaient et confirmaient 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 rechute en 2022 encore, avec la reprise d'une consommation qui avait nécessité une nouvelle hospitalisation de deux mois. 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 E_____, 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.

Les experts du BEM niaient 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. La rechute de 2022 confirmait sa fragilité malgré la prise du traitement. Par ailleurs, l'expertise ne comportait aucune explication claire s'agissant de l'évolution retenue de la capacité de travail. Il semblait que l'expert avait augmenté le taux de la capacité de 25% à 50% dès le mois de mai 2021 suite à l'introduction d'un nouveau traitement, considéré comme particulièrement efficace. L'expert avait donc retenu une amélioration notable de la capacité de travail à partir de la prise d'un médicament, 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 traitants. De plus, l'exigibilité retenue de 70% dès le mois de novembre 2021 ne reposait sur aucune explication claire. Les experts n'avaient pas indiqué les motifs pour lesquels elle pourrait à cette date outrepasser ses difficultés et assumer des engagements durables, notamment sous l'angle professionnel. Ainsi, les éléments avaient été analysés de manière particulièrement superficielle par les experts, qui s'étaient contentés d'affirmer sans explication aucune que le traitement suivi était efficace et qu'elle était dès lors en mesure de travailler à 70%. 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. Enfin, les experts 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 concernant son état de santé 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 O_____, médecin à la Clinique E_____, et du Dr N_____. 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 un questionnaire rempli le 19 février 2024 par le Dr G_____, attestant que la capacité de travail de l'intéressée avait été de 0% de 2011 à mai 2021, date de la fin de son suivi.

Elle a également produit un rapport du 16 février 2024 du Dr O_____, répondant à ses questions. Ce médecin a posé les diagnostics, en mars 2022, de trouble anxieux, sans précision (F41.9), de personnalité émotionnellement labile (F60.3) ou troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité (F61), de trouble psycho-comportementaux liés à l'utilisation de drogues multiples, syndrome de dépendance (F19.2), de perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0). L'état psychique de la patiente présentait une instabilité, avec des fluctuations caractérisées par l'apparition systématique de symptômes du spectre anxieux (avec paroxysmes qui ne survenaient pas exclusivement dans une situation déterminée mais n'étaient pas permanents non plus), ainsi qu'une impulsivité et une dysrégulation émotionnelle au premier plan. 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 patiente présentait des traits de personnalité dysfonctionnels appartenant au *cluster* B (parmi lesquels 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. Ses traits de personnalité avaient été possiblement exacerbés par la consommation de toxiques, ainsi que par les symptômes attribuables à son trouble de l'attention avec hyperactivité, qui était actuellement traité. Une amélioration partielle de son état avait effectivement été observée, et avait pu être attribuée aussi à ses efforts afin de développer des compétences lui permettant de mieux faire face aux limitations fonctionnelles pouvant s'écouler de ses troubles psychiques. D'autre part, selon son dossier et les observations directes de l'équipe de la Clinique E_____, 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. La présence de troubles cognitifs restait vraisemblablement à mettre en lien en premier lieu avec son traitement de substitution (actuellement méthadone, 28 mg par jour) ainsi qu'avec le trouble déficitaire de l'attention, qui était caractérisé par un impact sur la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives. La consommation prolongée de toxiques (y compris une consommation abusive d'alcool depuis son adolescence) était également en mesure d'affecter lesdites fonctions. Malgré une bonne amélioration à la suite de l'introduction d'un traitement médicamenteux pour son trouble de l'attention (Elvanse, actuellement 60 mg une fois par jour) la performance neurocognitive de la patiente restait selon son appréciation suboptimale. Concernant la capacité de travail, l'avis du Dr N_____ qui la suivait depuis 2021 paraissait cohérent avec les transmissions et les observations cliniques médicales et psychologiques actuelles. L'observation de son expérience récente au sein de la Clinique E_____ avait permis de mettre en évidence la persistance de difficultés qui ne permettaient pas à ce stade d'envisager la reprise d'une activité professionnelle. Des dérapages à la consommation avaient été sporadiques, toutefois, ils avaient été présents durant la période évaluée. L'objectif d'une abstinence complète n'était donc que partiellement atteint, avec l'indication à ce stade de la poursuite d'une prise en charge intensive afin de prévenir des rechutes avérées. La capacité de travail de la patiente durant l'intégralité de la période décrite et notamment à partir de mai

2021 s'approchait selon son appréciation d'une valeur qui se situait plutôt 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.

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 M_____, lequel s'est prononcé sur les nouvelles pièces produites par la recourante. Le questionnaire du Dr G_____ 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 O_____, il était relevé que le Dr L_____ n'avait pas retenu le diagnostic qui motivait son appréciation. Concernant les troubles cognitifs, l'examen neuropsychologique réalisé dans le cadre de l'expertise le 27 juin 2023 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 aiguë 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, le SMR était d'avis que les rapports des Drs G_____ et O_____ ne lui permettaient pas de remettre en cause sa précédente appréciation.

e. Par ordonnance du 29 octobre 2024 (ATAS/835/2024), la chambre de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire, confiée au docteur P_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

f. Dans son rapport du 15 décembre 2025, le Dr P_____ a diagnostiqué un trouble de la personnalité émotionnellement labile type *borderline* (F60.31 selon la CIM-11), un trouble de l'activité et de l'attention avec hyperactivité chez l'adulte (F90.0), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F41), un trouble anxieux et dépressif mixte actuel (F41.2), des troubles mentaux et trouble du comportement lié à l'utilisation d'opiacés, rémission partielle (F11.201), des troubles mentaux et trouble du comportement lié à l'utilisation de cocaïne, rémission récente (F14.200) et des troubles mentaux et trouble du comportement lié à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinente.

La capacité de travail était nulle depuis le dernier emploi à B_____ en 2003 et les limitations consistaient en une instabilité de l'humeur, une anxiété, un manque

de résistance au stress, des oublis, des troubles de la mémoire, des troubles de l'attention et de la concentration.

L'état de santé de l'intéressée ne s'était pas amélioré depuis le mois de mai 2021. Malgré les traitements entrepris, la fragilité psychique se maintenait, rajoutée à une chronicité de certains troubles. Dans ces conditions, les possibilités de réinsertion professionnelle n'étaient pas réunies.

g. Par écriture du 20 janvier 2026, la recourante s'est ralliée aux conclusions du Dr P_____, dont le rapport répondait à toutes les exigences en matière de preuve. Elle a ainsi persisté dans ses conclusions.

h. Le 19 janvier 2026, l'intimé a également maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours pour les motifs évoqués par le SMR.

Il a joint un avis du 7 janvier 2026 du Dr M_____, prenant position sur le rapport d'expertise judiciaire.

i. Sur demande de la chambre de céans, le Dr P_____ s'est déterminé sur les remarques du SMR, dans un rapport complémentaire du 13 mars 2026.

j. Copie de ce rapport a été envoyée aux parties et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence de la chambre de céans, la recevabilité du recours et le droit applicable ayant déjà été examinés dans l'ordonnance d'expertise du 29 octobre 2024, il suffit d'y renvoyer.
2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé du 14 décembre 2023 en tant qu'elle supprime, dès le 1^{er} mars 2022, la rente d'invalidité entière accordée à la recourante partir du 1^{er} juillet 2021.
3. 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).

3.1 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 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). 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).

Un motif de révision a été retenu notamment lorsqu'une méthode différente d'évaluation de l'invalidité s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_716/2022 du 5 juillet 2023 consid. 4.2), lors d'un changement de poste de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_33/2016 du 16 août 2016 consid. 8.1) et lorsqu'une mesure de réadaptation a réussi (arrêt du Tribunal fédéral 9C_231/2016 du 1^{er} juin 2016 consid. 2.1).

En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à la suite d'un examen ultérieur ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (arrêts du Tribunal fédéral 9C_860/2015 du 1^{er} juin 2016 consid. 4.3 ; 8C_138/2025 du 3 juillet 2025 consid. 5.2.4 ; 9C_353/2020 du 5 mai 2021 consid. 2.2 et les références).

Les constatations et conclusions médicales dans le cadre d'une révision doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. La valeur probante d'une expertise réalisée dans le cadre de la révision du droit à la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle contient des

explications suffisantes sur la mesure dans laquelle une modification de l'état de santé a eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références).

3.2 L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité limitée dans le temps présuppose, en règle générale, l'existence de motifs de révision, c'est-à-dire un changement ayant une incidence sur le droit à la rente intervenu avant même que la décision de rente ne soit rendue (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 215 V 215 consid. 8.2 ; 145 V 209 consid. 5.3). Dans le cas de l'octroi rétroactif d'une rente temporaire ou échelonnée, les bases de comparaison déterminantes sont, d'une part, la date du début du droit à la rente et, d'autre part, la date de la modification du droit à la rente compte tenu du délai de trois mois de l'art. 88a RAI (arrêt du Tribunal fédéral 8C_51/2024 du 2 juillet 2024 consid. 2.4 et les références).

- 4.** 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).

En vertu de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

4.1 L'art. 28 al. 1 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI, 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.

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

4.2 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 ou psychosomatiques et aux syndromes de dépendance (ATF 148 V 49 ; 145 V 215 ; 143 V 418 ; 143 V 409). 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_265/2023 du 19 août 2024 consid. 3.2).

4.2.1 Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis, mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante. À ce stade, ladite autorité doit encore s'assurer que l'atteinte à la santé résiste aux motifs d'exclusion, tels que l'exagération des symptômes ou d'autres manifestations analogues, qui conduiraient d'emblée à nier le droit à la rente (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1, 2.1.2, 2.2 et 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 6 mars 2020 consid. 8.1.1).

Selon la jurisprudence, l'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit

secondaire tiré de la maladie (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.2). Il y a ainsi 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 somatoforme douloureux 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2). À lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et la référence).

Une fois le diagnostic posé par 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), la capacité de travail réellement exigible doit être examinée, sans résultat prédéfini, au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). 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).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend tout d'abord un examen des indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel », lesquels forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Ces indicateurs comportent une analyse du complexe « atteinte à la santé », lequel comprend la prise en considération des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement effectué dans les règles de l'art, du succès ou de l'échec d'une éventuelle réadaptation, et enfin de l'existence d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique. Il s'agit également d'effectuer une analyse du complexe « personnalité », soit un diagnostic de la personnalité de l'assuré et de ses ressources personnelles, et du complexe « contexte social » (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références).

Il y a lieu ensuite d'effectuer un examen des indicateurs en lien avec la catégorie « cohérence », à savoir examiner notamment si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la

vie ; si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, négligés et prendre en compte le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références).

4.2.2 Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic

Les constatations sur les manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée aident à séparer les limitations fonctionnelles qui sont dues à une atteinte à la santé des conséquences (directes) de facteurs non assurés. 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 pathogénèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.31.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_265/2023 du 19 août 2024 consid. 6.3 et la référence).

L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

Le fait d'avoir été en mesure d'exercer une activité lucrative pendant de nombreuses années sans problème majeur est un élément important à prendre en considération dans l'évolution de la situation médicale de la personne assurée. Cet élément ne suffit toutefois pas pour en déduire une absence de gravité des atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.2).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe

considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. À l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

3. Comorbidités

On ne saurait inférer la réalisation concrète de l'indicateur « comorbidité » et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et la référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, *in* : RSAS 2011 IV n. 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, *in* : RSAS 2012 IV n. 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Le « complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Étant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage

dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne 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 toujours 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches [...]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

1. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici 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 utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'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 (inévitabile) 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 qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

4.2.3 Il appartient aux médecins d'évaluer l'état de santé d'une personne assurée (c'est-à-dire, de procéder aux constatations nécessaires en effectuant des examens médicaux appropriés, de tenir compte des plaintes de l'intéressé et de poser les diagnostics). En particulier, poser un diagnostic relève de la tâche exclusive des médecins. Il leur appartient aussi de décrire l'incidence des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail. Leur compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question mais consiste à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de l'assuré. Il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé. On ajoutera que l'évaluation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281. Si l'expert s'acquitte de sa tâche de manière convaincante et sur la base d'une expertise qui a été établie conformément au schéma d'évaluation de l'ATF 141 V 281, il n'y a pas lieu de s'écarter de ses conclusions. Dans le cas contraire, l'organe chargé de l'application du droit devra nier la portée juridique de l'évaluation médicale (ATF 148 V 49 consid. 6.2.1 ; 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_177/2023 du 26 mars 2024 consid. 5.2 ; 9C_99/2022 du 6 février 2023 consid. 4.2 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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).

Le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

5.2 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).

6. En l'espèce, par décision du 14 décembre 2023, l'intimé a reconnu le droit de la recourante à une rente d'invalidité entière, 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 basés sur le rapport d'expertise du 11 juillet 2022 du BEM, bien qu'ils comportent quelques divergences s'agissant des dates retenues pour l'augmentation de la capacité de travail.

Par ordonnance du 29 octobre 2024, la chambre de céans a confié une expertise judiciaire psychiatrique au Dr P_____, considérant que le rapport d'expertise du BEM et les avis du SMR n'étaient pas probants.

Il convient donc d'examiner si l'expertise judiciaire peut être suivie.

6.1 La chambre de céans observe en premier lieu que le rapport du Dr P_____ résulte d'un examen exhaustif du dossier d'expertise, de deux entretiens

personnels avec l'intéressée les 30 mai et le 6 novembre 2025, de plusieurs entretiens avec les spécialistes ayant suivi la recourante, soit le Dr O_____, psychiatre traitant depuis plusieurs années, le Dr G_____, précédent psychiatre traitant entre 2016 et 2017, Q_____, psychothérapeute suivant l'expertise depuis 2021, et le Dr I_____, généraliste de l'intéressée. L'expert a procédé à une anamnèse détaillée, résumant notamment le parcours scolaire et professionnel de l'intéressée, ses consommations d'alcool et de stupéfiants, son comportement, ses antécédents psychiatriques et judiciaires, ses hospitalisations et son suivi spécialisé. Il a ensuite rapporté les plaintes de la personne expertisée, consigné le status clinique et ses constatations objectives, puis a posé des diagnostics en se référant à la CIM-11. Il a répondu de façon claire aux questions posées, notamment s'agissant de la gravité des troubles, de l'évolution de l'état de santé, des limitations fonctionnelles, de la cohérence, de la personnalité, des ressources, de la capacité de travail, et du traitement.

6.1.1 S'agissant des atteintes à la santé et leur degré de gravité, le Dr P_____ a diagnostiqué un trouble de la personnalité émotionnellement labile type *borderline* (F60.31), un trouble de l'activité et de l'attention avec hyperactivité chez l'adulte (F90.0), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F41), un trouble anxieux et dépressif mixte actuel (F41.2), des troubles mentaux et trouble du comportement lié à l'utilisation d'opiacés, rémission partielle (F11.201), des troubles mentaux et trouble du comportement lié à l'utilisation de cocaïne, rémission récente (F14.200), et des troubles mentaux et trouble du comportement lié à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinente.

Il a notamment expliqué que l'expertisée répondait aux cinq critères d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type *borderline*, à savoir : critère 1 : tendance à s'engager dans des relations intenses, instables, amenant souvent à des crises émotionnelles ; il a signalé que dans le passé, la recourante s'était engagée dans des relations très instables avec des personnes souffrant de problèmes de toxicomanie, qui l'avaient entraînée dans des comportements autodestructifs et à risque, durant une longue période de sa vie ; critère 2 : perturbation et incertitude concernant sa propre image, sa vie et ses choix personnels ; il a relevé que dès son adolescence, l'expertisée avait eu de grandes difficultés pour construire une identité, des objectifs de vie professionnelle pendant très longtemps, et trouver un mode de vie plus équilibré, ce qui expliquait les périodes de suivi institutionnel qui avaient été nécessaires ; critère 3 : la peur de l'abandon avait accompagné son évolution et elle avait trouvé dans les thérapies actuelles un point important pour pouvoir l'aborder et non pas agir comme dans le passé ; critère 4 : tendance à agir de manière impulsive sans prendre en considération les conséquences ; cette impulsivité était à l'origine de problèmes avec la justice et dans des décisions qui avaient compliqué sa vie pendant sa jeunesse ; l'impulsivité avait été partiellement améliorée grâce au long suivi entrepris dans les institutions spécialisées ; critère 5 : humeur instable et capricieuse. Le trouble de la personnalité

émotionnellement labile type *borderline* était grave en raison des conséquences pour la vie et la trajectoire de la recourante.

Le trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité, n'avait été diagnostiqué que très tardivement et traité seulement ces dernières années de façon adéquate par un traitement psychostimulant, ce qui avait eu des répercussions sur le parcours de formation de la recourante et son insertion professionnelle pendant une longue période de sa vie, avec des conséquences négatives et durables en termes de trajectoire, affectant la confiance en soi et l'auto-estime. Ce diagnostic avait été confirmé par plusieurs évaluations exhaustives réalisées par le Dr G_____, lesquelles avaient abouti à l'introduction d'un traitement spécifique (Concerta, puis Elvanse) ayant contribué à une amélioration partielle de la symptomatologie en lien avec ce trouble. La patiente évoquait la mise en place de ce traitement comme un facteur de stabilisation dans son évolution ces dernières années. Le déficit de l'attention et de la concentration avait très probablement affecté la trajectoire professionnelle et de formation de l'expertisée tout au long de sa vie, avec des échecs répétés dans les différentes tentatives d'insertion professionnelle.

Concernant le trouble dépressif récurrent, nombreuses étaient les observations dans le dossier d'expertise effectuées par les médecins traitants, qui faisaient référence à des épisodes dépressifs sévères ou moyens, et qui avaient été traités longtemps avec de la Fluctine. Le trouble dépressif récurrent s'était manifesté par la survenue de nombreux épisodes dépressifs et avait eu des conséquences majeures dans la vie et la trajectoire de l'expertisée.

Le trouble de la personnalité émotionnellement labile et les troubles récurrents de l'humeur associés au TDAH avaient contribué à la vulnérabilité psychique et avaient été des facteurs favorisant la prise de psychotropes pour soulager la tension interne, mais qui avaient entraîné finalement l'aggravation de certains troubles et des conséquences cognitives qui avaient affecté, durablement et encore actuellement, ses capacités. Le trouble de la personnalité et le trouble de déficit de l'attention étaient déjà apparus dans son adolescence, et avaient favorisé la consommation de substances dans cette période. Il était connu que ces troubles étaient des facteurs de risque pour la polytoxicomanie et la consommation d'alcool également.

L'expert a également expliqué qu'il avait été difficile de construire une anamnèse avec les déclarations de la recourante, car cette dernière oubliait des événements de sa vie, et ne pouvait pas préciser exactement les périodes, les années, les dates. Il avait dans ces cas dû construire l'anamnèse à l'aide également du dossier d'expertise, où les événements étaient décrits de façon plus précise et bien datés. Ces difficultés étaient liées à des troubles de la mémoire, de l'attention, et à une désorganisation de sa propre vie psychique marquée par l'instabilité, les fluctuations de l'humeur, les troubles attentionnels et une certaine impulsivité. Par ailleurs, la longue période de polytoxicomanie, qui incluait également des périodes d'alcoolisme, avait sans doute favorisé ces troubles de mémoire

résiduelle constatés aux entretiens. En effet, de longues périodes d'alcoolisme pouvaient provoquer des troubles mnésiques résiduels. Les troubles cognitifs pouvaient être expliqués par le TDAH, mais également par la consommation chronique de toxiques comme l'alcool et la cocaïne.

6.1.2 Au niveau de la cohérence, l'expert a constaté que le tableau clinique était cohérent compte tenu des diagnostics retenus et que l'expertise s'était montrée authentique au cours des entretiens.

Il a précisé ne pas avoir observé de discordance ni exagération des symptômes, ajoutant que « bien au contraire », nombreuses de ses difficultés passées ou problèmes de santé avaient été très bien décrits par les différents médecins qui avaient suivi la patiente, alors que cette dernière, pendant les entretiens, n'y avait pas fait référence. Son comportement était cohérent avec sa situation personnelle et les troubles psychiques dont elle souffrait depuis très longtemps.

L'évolution instable correspondait aux différents diagnostics retenus dans un contexte de consommation de substances pendant une longue période de sa vie. Cette évolution correspondait à ce qui était attendu, car bien qu'il y ait une amélioration récente dans la problématique de la consommation de substances grâce à un traitement adapté, mis en place par les différentes institutions spécialisées, les troubles psychiatriques sous-jacents à cette consommation présentaient une évolution dans la durée vers une chronicité des troubles. La persistance de symptômes psychiatriques évoqués, ainsi que les troubles de la mémoire favorisés par une longue période d'usage de substances (alcool, cocaïne, BZD) déterminaient des limitations pour une activité professionnelle et dans sa vie personnelle. La fragilité psychique actuelle entraînait une limitation importante et une incapacité à long terme.

6.1.3 Concernant le contexte social, il ressort de l'expertise que la recourante parvenait à accomplir les tâches de la vie quotidienne, ce qui incluait l'entretien de sa maison, l'accompagnement de sa fille qui venait de terminer un apprentissage. Elle affirmait être très aidée par son mari dans les tâches quotidiennes, et avait besoin de la structure de la Clinique E_____ pour organiser sa vie chaque semaine.

Toutefois, les niveaux d'activités sociale et d'activités de la vie quotidienne se réduisaient à l'entretien de sa vie de famille et au suivi ambulatoire à la Clinique E_____, qui structurait sa semaine. Certaines tentatives pour entreprendre une activité parallèle, comme par exemple devenir pair-aidant, s'étaient révélées être un échec, montrant les limites actuelles de la recourante pour s'investir dans un projet de réinsertion.

6.1.4 Sur la question des ressources de la personne expertisée, le Dr P_____ a observé que la recourante était toujours à la recherche d'un équilibre et luttait contre une appétence pour les substances, raison pour laquelle le suivi intensif à la

Clinique E_____ et la poursuite de son traitement médicamenteux du TDAH étaient nécessaires pour maintenir un certain équilibre et éviter la rechute.

Malgré la trajectoire complexe, l'intéressée était bien engagée au suivi spécialisé pour ces différents troubles, essentiel à une stabilisation de son état et pour éviter encore une péjoration en cas de rechute.

Sur le plan social et familial, elle avait trouvé un meilleur équilibre dans la relation avec son mari, père de sa fille, mais il y avait peu de personnes ressources autour d'elle, car sa mère était très âgée et la recourante s'en occupait. Sa fille venait d'obtenir un CFC et l'intéressée se sentait également très responsable pour l'accompagner malgré certaines tensions dans leur relation.

6.1.5 S'agissant de traitement, l'expert a rappelé que l'expertisée avait été suivie dans des institutions spécialisées dans le traitement des abus de substances et de la comorbidité psychiatrique, à savoir la FONDATION C_____ pendant longtemps, et la Clinique E_____ depuis plusieurs années. Le suivi actuel était adéquat et adapté.

La recourante était engagée très activement dans les traitements proposés pendant son suivi ambulatoire et tenait compte des différents diagnostics. Elle suivait des entretiens individuels ainsi que des thérapies en groupe, et la prise d'un traitement adapté (Elvanse) pour le diagnostic de TDAH.

Comme elle avait arrêté la prescription de Méthadone depuis 2025, il était nécessaire de poursuivre le suivi spécialisé en raison de la fragilité face au risque de rechute à la consommation d'opiacés. Il a notamment souligné que le suivi médical était nécessaire pour contribuer à un équilibre psychique de la patiente et éviter une rechute sur le plan psychiatrique et dans la consommation de substances car la fragilité était toujours présente, avec des périodes de décompensation sur le plan de l'humeur, l'anxiété ou l'abus de substances depuis des années. Le traitement ambulatoire devait être poursuivi de façon régulière et intensive en raison de l'importance et de la chronicité des troubles.

Selon lui, le pronostic était mauvais. La chronicité des troubles psychiatriques, associés aux troubles cognitifs, aggravés par la consommation de substances pendant une très longue période de la vie de la recourante étaient des facteurs qui fragilisaient le pronostic et tout projet de réadaptation professionnelle.

6.1.6 Quant à la capacité de travail, l'expert a estimé que la recourante n'était pas apte à exercer son activité lucrative habituelle et que depuis son dernier emploi à B_____, en 2003, sa capacité de travail était nulle, étant ajouté qu'il n'y avait eu aucune évolution, en particulier depuis sa dernière tentative de reprise à B_____ en 2022.

Les limitations fonctionnelles étaient importantes et comprenaient des troubles de la concentration, de l'attention, de la mémoire, étant souligné les oublis, une labilité émotionnelle et de l'humeur, une anxiété, un manque de résistance au

stress et une fragilité psychique qui s'accompagnait de périodes de décompensation fréquentes depuis des années.

6.1.7 Prenant position sur l'avis du Dr O_____ du 16 février 2024, il a indiqué être d'accord avec les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile et de TDAH. S'agissant de la capacité de travail, estimée entre 0% et 25% depuis le mois de mai 2021 par ce médecin, il a répondu que selon lui, l'incapacité de travail était totale.

Concernant l'avis du Dr H_____ du 15 octobre 2021, il était d'accord avec les diagnostics posés, mais il manquait le trouble dépressif récurrent. Il contestait en revanche la capacité de travail partielle retenue en raison des rechutes dans la consommation de substances. La preuve en était que la recourante avait dû être réhospitalisée en 2022.

Quant à l'appréciation du Dr N_____ du 10 octobre 2023, il confirmait les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une incapacité de travail à 100%.

6.1.8 Interrogé spécifiquement sur une éventuelle amélioration de l'état de santé depuis le mois de mai 2021, l'expert a répondu que tel n'avait pas été le cas. Il a cité, à titre d'exemple, que la recourante avait dû être hospitalisée un mois en juin 2021, puis de nouveau un mois en mars 2022 en raison de rechutes dans la consommation de substance et de l'aggravation des épisodes dépressifs et prises de risque. Néanmoins, le suivi régulier à l'hôpital de jour de la Clinique E_____ avait favorisé une certaine stabilisation qui avait permis un arrêt progressif des doses de Méthadone, jusqu'à l'arrêt complet en mars 2025, après un traitement très long initié à la FONDATION C_____ depuis longtemps. Cependant, l'expertise affirmait que l'arrêt de ce traitement la rendait beaucoup plus sensible aux événements, et cela pouvait expliquer quelques rechutes de consommation d'héroïne et de cocaïne durant l'année 2025, rapidement contenues par la prise en charge intensive ambulatoire à la Clinique E_____. Une tentative de participation aux activités comme pair-aidant au sein de la Clinique E_____, pour accompagner des personnes toxicodépendantes, s'était soldée par un échec en raison de sa difficulté à mettre de la distance avec les difficultés des personnes qu'elle avait essayé de suivre. Ceci montrait la labilité affective émotionnelle encore présente.

6.2 La chambre de céans constate ainsi que le rapport d'expertise judiciaire, rendu à l'issue de deux examens cliniques et après que le psychiatre mandaté s'est entretenu avec quatre spécialistes en charge du suivi de la recourante, tient compte des plaintes de cette dernière et résulte d'une analyse minutieuse du cas. Le Dr P_____ a justifié son appréciation sur toutes les questions litigieuses, notamment celles relatives aux diagnostics, à l'évolution de l'état de santé, aux limitations fonctionnelles et à l'évaluation de la capacité de travail. Son rapport permet un examen des indicateurs développés par la jurisprudence.

6.3 La chambre de céans ne relève aucune contradiction dans ce document, ni le moindre indice permettant de douter du bien-fondé de ses conclusions.

En particulier, les critiques émises par le SMR dans son avis du 7 janvier 2026 ont été écartées par l'expert de manière convaincantes.

6.3.1 Ainsi, le Dr M_____ a notamment relevé que le trouble de la personnalité et en particulier le trouble de la personnalité émotionnellement labile n'avait pas été retenu par le Dr L_____, lequel avait notamment constaté qu'une bonne partie des manifestations qui pouvaient être retenues comme étant consécutives à tel trouble de la personnalité avaient pu céder depuis l'introduction du Concerta, traitement spécifique du TDAH. Par ailleurs, l'expertisée rapportait la consommation initiale de cocaïne comme quasi thérapeutique, ne relatait pas de comportement auto-mutilatoire récurrent, n'avait jamais fait de tentative de suicide, un sentiment de vide intérieur n'était pas non plus retrouvé. L'impulsivité était mieux expliquée par le trouble déficitaire de l'attention ou les différentes consommations. Partant, le diagnostic de trouble de la personnalité n'était pas assez étayé, étant observé que les critères variaient selon les références choisies.

Le Dr P_____ a confirmé, dans son rapport du 13 mars 2026, que la recourante répondait bien aux « 4 critères d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile du ICD-10 » décrits dans son expertise. Il a relevé que ce trouble avait été documenté, ce qui avait d'ailleurs été admis par le Dr L_____, de sorte qu'il ne comprenait pas quel l'argument valable permettait au SMR de ne pas le reconnaître. L'intéressée présentait dans sa trajectoire de vie « au moins 4 critères sur 5 cités dans le CIM », étant précisé que trois critères suffisaient pour poser le diagnostic, soit des perturbations et incertitude concernant sa propre image, ses buts et ses choix personnels, une tendance à s'engager dans des relations intenses et instables amenant à de crises émotionnelles, des efforts démesurés pour éviter d'être abandonnée, et des menaces ou tentatives de gestes auto-agressifs. Il a ajouté que la consommation compulsive et dangereuse de substances de la part de l'expertisée était compatible avec une prise de risques dans de nombreuses étapes de sa vie. Ainsi, à l'âge de 16 ans, elle avait déjà fait un coma éthylique. La prise de risques dans la consommation excessive de substances était dangereuse à plusieurs moments de sa trajectoire, même si ce n'était pas l'équivalent exact d'une tentative de suicide. L'absence d'automutilation ou de sentiment de vide n'excluaient en aucun cas le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, ils pouvaient être ou pas un critère parmi d'autres. Le trouble de la personnalité et le trouble de déficit de l'attention étaient déjà apparus dans son adolescence, et avaient eu un impact sur sa trajectoire, favorisant la consommation de substances dans cette période. Il était connu que ces troubles étaient des facteurs de risque pour la polytoxicomanie et la consommation d'alcool également. Le trouble de la personnalité avait été retenu dans plusieurs rapports médicaux de nombreux psychiatres qui avaient suivi et traité l'intéressée. Le médecin-conseil de l'intimé avait d'ailleurs admis en avril 2004 un grave trouble

de la personnalité avec un fonctionnement limité. Concernant le traitement de Concerta, il s'agissait d'un traitement spécifique du TDAH et pas du trouble de la personnalité. L'impact avait pu être favorable sur les troubles attentionnels, mais pas sur le trouble de la personnalité préexistant de longue date. L'impulsivité et l'absence de considération de ses conséquences pouvaient être liées au trouble de la personnalité et non pas seulement au TDAH. Ces deux pathologies étaient des comorbidités psychiatriques d'ailleurs très fréquemment associées dans la bibliographie médicale. Malgré le traitement de Concerta, la nécessité de deux séjours hospitaliers en 2021 et 2022 montrait l'absence d'amélioration.

À toutes fins utiles, la chambre de céans relèvera que la contradiction sur le nombre de critères du trouble de la personnalité émotionnellement labile qui sont remplis dans le cas de la recourante, soit cinq selon le rapport d'expertise du 15 décembre 2025 et quatre selon le complément du 13 mars 2026, est sans incidence, dès lors que seuls trois critères suffisent pour retenir l'existence d'un tel trouble.

En outre, les griefs du Dr M_____, en tant qu'ils reposent sur le rapport du Dr L_____, sont manifestement mal fondés. En effet, la chambre de céans a déjà constaté, dans son ordonnance du 29 octobre 2024 (ATAS/835/2024), que le rapport d'expertise du BEM ne pouvait pas se voir attribuer une quelconque valeur probante, relevant notamment que plusieurs rapports d'hospitalisation n'avaient pas été transmis au Dr L_____ et que le dossier de cet expert ne comportait aucun document récent, le dernier rapport concernant les dépendances remontant à l'automne 2021. L'expertise psychiatrique n'avait donc pas été rendue en pleine connaissance de cause et était basée sur une anamnèse incomplète. En outre, ce médecin n'avait pris aucun renseignement auprès des spécialistes qui suivaient la recourante, alors que le dossier contenait des incohérences et incompatibilités dans les déclarations de l'intéressée, lesquelles mettaient à mal les diagnostics retenus et insuffisamment motivés.

Enfin, il sied de rappeler que le Dr H_____ a également retenu, dans son rapport du 15 octobre 2021, un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type *borderline*, et que les rapports rendus consécutivement à des hospitalisations de plusieurs semaines en 2019 et 2021 ont également mentionné un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type *borderline*. Le 16 février 2024, le Dr O_____ a lui aussi mentionné le diagnostic de personnalité émotionnellement labile et le Dr G_____ a également fait état, par rapport du 29 mai 2021, d'un trouble de la personnalité, retenant celui de trouble mixte de la personnalité sévère dyssoziale et dépendante avec importants traits schizotypiques.

Au vu de ces éléments et des explications de l'expert judiciaire, la chambre de céans est d'avis que le diagnostic de trouble de la personnalité est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis.

6.3.2 Le SMR a également soutenu que le trouble dépressif épisode léger et le trouble anxieux et dépressif mixte s'excluaient mutuellement, le trouble dépressif léger n'était pas un diagnostic incapacitant. Il a également rappelé que les Drs N_____ et G_____ n'avaient pas retenu de trouble dépressif.

Le Dr P_____ a rétorqué qu'un trouble dépressif passé n'excluait pas du tout un trouble anxieux et dépressif actuel. Il y avait une temporalité qui justifiait la présence de symptômes différents dans la trajectoire d'un patient en fonction du contexte et des difficultés. Il s'agissait d'une temporalité différente et d'un tableau clinique qui évoluait dans le temps. Les médecins traitants avaient fait référence à des épisodes dépressifs sévères ou moyens, qui avaient été traités longtemps avec de la Fluctine. Les troubles dépressifs s'étaient manifestés dans différents périodes de la vie de l'expertisée et les diagnostics ne s'excluaient pas mutuellement. Ils étaient relevés par différents psychiatres qui avaient suivi la recourante et étaient clairement cités à plusieurs reprises dans les différentes observations du dossier d'expertise.

Les explications de l'expert paraissent logiques et sont corroborées par les pièces du dossier et son anamnèse. En effet, le 29 mai 2021, le Dr G_____ a effectivement relaté des pensées dépressives avec des idées noires même s'il n'a pas retenu le diagnostic de trouble dépressif. En outre, il ressort des plaintes rapportées par le Dr P_____ que l'expertisée a mentionné d'importantes oscillations périodiques de l'humeur, qui allaient de moments dépressifs à des moments plus stables au cours de la même semaine. L'expert a relevé que cette labilité de l'humeur était citée à plusieurs reprises dans les dossiers médicaux des médecins qui l'ont suivi, en particulier par le docteur R_____, directeur de la FONDATION C_____, qui avait fait référence, dans son rapport du 2 janvier 2004, à un trouble dépressif récurrent sous-jacent à la polytoxicomanie de la patiente.

6.3.3 S'agissant de l'évolution de l'état de santé, le Dr M_____ a rappelé que les deux hospitalisations de 2021 et 2022 avaient été prises en compte par le Dr L_____, et relevé que le Dr P_____ avait attesté que le suivi régulier avait favorisé une certaine stabilisation qui avait permis un arrêt progressif des doses de Méthadone, jusqu'à l'arrêt complet en mars 2025. De plus, l'intéressée parvenait à accomplir les tâches de la vie quotidienne, incluant l'entretien de sa maison, l'accompagnement de sa fille qui vient de terminer un apprentissage. Les troubles d'addiction étaient en « rémission partielle » et ne pouvaient être retenus comme incapacitants et la Méthadone avait pu être sevrée signant clairement une amélioration de l'état de santé de l'assurée.

L'expert judiciaire a précisé que la Méthadone avait pu être sevrée car il n'y avait plus de consommations d'héroïne, et qu'il n'était pas nécessaire de continuer à vie un traitement d'agonistes opiacés. Il a toutefois précisé que cela ne signifiait pas que les autres troubles étaient résolus ou avaient disparu. Au contraire, il fallait

continuer les soins en santé mentale en raison de la fragilité psychique de l'intéressée.

Partant, l'expert a bien expliqué les raisons pour lesquelles l'arrêt de la Méthadone n'excluait pas la présence de troubles psychiatrique sous-jacents, lesquels justifient le suivi régulier multidisciplinaire actuel à la Clinique E_____. La chambre de céans rappelle en outre avoir observé, dans son ordonnance d'expertise, que le Dr L_____ avait fait référence aux hospitalisations de la recourante, mais qu'il ne disposait manifestement pas du rapport relatif au séjour de 2022. Enfin, s'agissant de la « rémission partielle », elle souligne que l'expert a mentionné à l'anamnèse que l'intéressée reconnaissait une « grande fragilité concernant le *craving* », « l'envie par les substances », sujet qu'elle devait travailler « en permanence avec ses thérapeutes dans son suivi ambulatoire ». La rémission partielle de l'utilisation d'opiacés, la rémission récente de l'utilisation de cocaïne et l'actuelle abstinence d'alcool ne sauraient à elles seules signer une notable amélioration de l'état de santé de la recourante.

6.3.4 Le SMR a aussi rappelé que l'examen neuropsychologique réalisé le 27 juin 2023 dans le cadre de l'expertise administrative avait conclu que le dysfonctionnement décrit en mai 2021 s'était totalement amandé, et que l'examen était normal, sans problème de mémoire, sans atteinte du langage, de l'attention, des fonctions exécutives, ni du sommeil. La neuropsychologue n'avait pas effectué de test de validation en raison de la normalité de l'examen. Le fait de ne pouvoir exercer l'activité de pair-aidant ne s'opposait pas à une réinsertion, car cette activité était particulièrement éprouvante pour l'assurée, confrontée à des personnes souffrant de toxicodépendance comme elle-même par le passé. Une activité sur le premier marché lui permettrait de s'éloigner de ce milieu éprouvant pour elle. Les limitations retenues par l'expert judiciaire étaient en contradiction avec les éléments objectifs retenus lors de l'examen neuropsychologique.

L'expert judiciaire a reproché au SMR de s'appuyer sur un rapport de 2023 et non pas sur le dysfonctionnement actuel et les troubles psychiatriques persistants de la recourante. Il a notamment rappelé que le Dr F_____ avait conclu, dans un bilan neuropsychologique du 19 mai 2021, à des troubles sévères de la mémoire antérograde verbale et un déficit d'encodage et de récupération peu améliorés compatibles avec un dysfonctionnement toxique (alcool et drogues). Il gardait une certaine réserve face aux conclusions de l'examen de 2023 qui ne concordait ni avec les difficultés cognitives référées par la recourante lors des entretiens en 2025, ni avec ses constatations lors de ses examens cliniques. La contradiction mentionnée par le SMR était en lien avec une certaine péjoration de l'assurée ces dernières années. Pour le reste, il s'est déclaré surpris face à des conclusions favorables de l'examen neuropsychologique de 2023 sur une patiente qui avait continué la consommation problématique de substances (alcool et cocaïne) connues par leur effet neurotoxique et les conséquences négatives sur le plan cognitif à moyen et long terme.

Les explications du Dr P_____ emportent la conviction de la chambre de céans, qui relèvera que les résultats de l'examen neuropsychologique de 2023, prétendument dans la norme, apparaissent surprenants au vu du bilan approfondi de 2021 qui avait mis en exergue de sévères atteintes cognitives. Par ailleurs, les problèmes de mémoire de la recourante ont contraint l'expert judiciaire à se référer au dossier pour construire l'anamnèse, car l'expertisée oubliait des événements de sa vie, ne parvenait pas à préciser certaines périodes et dates. C'est dire si l'expert les a objectivement constatés.

6.4 Partant, rien ne justifie de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire, laquelle a précisément été ordonnée afin d'obtenir une évaluation de l'évolution de l'état de santé de la recourante et de sa capacité de travail, en particulier à compter du 1^{er} novembre 2021, date à partir de laquelle l'intimé a considéré que l'intéressée disposait d'une capacité de travail résiduelle.

7. Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans considère que le rapport du Dr P_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle fera donc siennes les conclusions, claires, cohérentes et dûment motivées de ce spécialiste.

Partant, il peut être tenu pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, qu'aucune modification sensible de l'état de santé de la recourante, ni aucun changement important de sa capacité de travail, n'est survenu postérieurement à l'octroi par l'intimé d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} juillet 2021.

8. Selon la jurisprudence (ATF 139 V 496 consid. 4.3 ; 139 V 349 consid. 5.4), les frais découlant de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire peuvent être mis à la charge de l'assurance-invalidité lorsque l'autorité judiciaire de première instance ordonne une expertise judiciaire parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Cette autorité intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces circonstances, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPG. Ceux-ci doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité. Cette règle ne saurait toutefois entraîner systématiquement la mise des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que celle-ci ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres termes, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de réaliser une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_560/2024 du 11 décembre 2024 consid. 3 et les références).

En l'espèce, les carences relevées dans l'expertise administrative ne suffisent pas pour mettre les frais de l'expertise judiciaire à la charge de l'intimé.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité entière depuis le 1^{er} juillet 2021, non limitée dans le temps.

La recourante, représentée par un avocat, obtenant gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA en corrélation avec l'art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), fixée en l'occurrence à CHF 4'000.-.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Réforme la décision de l'intimé du 14 décembre 2023, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2021.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 4'000.- au titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Laurine CHAPUIS

Joanna JODRY

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