

GE_GERICHTE A/3821/2023 vom 31. Oktober 2024

GE Cour de justice, 2024-10-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3821_2023

FR: GE_GERICHTE A/3821/2023 du 31 octobre 2024

IT: GE_GERICHTE A/3821/2023 del 31 ottobre 2024

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ – E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA – RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI – RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

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

E. 1.3

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le droit éventuel de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité, sous forme de rente et/ou de mesures de réadaptation.

E. 3.1

Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) et celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur. En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf . ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf . arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

E. 3.2

En l'occurrence, la décision querellée concerne un premier octroi de rente dont le droit – s'il était reconnu – naîtrait après le 31 décembre 2021. En conséquence, les dispositions légales applicables seront citées, ci-après, dans leur nouvelle teneur.

E. 4.1

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

E. 4.2

En vertu de l'art. 28 b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47,5% (cf. al. 4). La quotité de la rente est déterminée en fonction de l'incapacité de gain au moment où le droit à la rente prend naissance (cf . art. 28 al. 1 let. c LAI). Le droit à la rente naît au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (art. 29 al. 1 LAI).

E. 4.3.1

Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu qu'il 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans et avec invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b). Selon la jurisprudence, il est possible de fixer la perte de gain d'un assuré directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pour-cent. Cette méthode constitue une variante admissible de la comparaison des revenus basée sur des données statistiques : le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité. L'application de cette méthode se justifie lorsque le salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques, lorsque les salaires avant et/ou après invalidité ne peuvent pas être déterminés, lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible (en raison par exemple du contrat de travail qui n'a pas été résilié), ou encore lorsque cette activité offre de meilleures possibilités de réintégration professionnelle, en raison, par exemple, d'un salaire sans invalidité supérieur à celui avec invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_237/2016 du 24 août 2016 consid. 2.2 et les références).

E. 4.3.2

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 des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 4.3.3

On précisera également que le « marché du travail équilibré », auquel se réfèrent les art. 7 et 16 LPGA, est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés (ATF 110 V 273 consid. 4b). Il s'ensuit que pour l'évaluation de l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main-d'œuvre (VSI 1998 p. 293 consid. 3b; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Commentaire thématique, p. 563-564 n. 2112). La complémentarité entre l'AI et l'assurance-chômage ne signifie pas que l'assuré qui est écarté du marché du travail puisse dans tous les cas se prévaloir soit de son invalidité soit de son statut de chômeur. Ainsi l'assuré présentant une atteinte grave à la santé peut fort bien ne pas être suffisamment invalide pour pouvoir prétendre à une rente d'invalidité de l'AI tout en étant apte au placement (ATF 109 V 25 consid. 3d). Étant donné que ces deux assurances ne font pas dépendre le droit aux prestations des mêmes conditions – l'invalidité pour l'une, l'aptitude au placement pour l'autre –, il est possible qu'en présence d'une seule et même atteinte à la santé, l'AI admette une capacité de travail entière alors que l'assurance-chômage nie toute aptitude au placement. Il se peut également qu'il existe un droit aux prestations tant de la part de l'AI que de celle de l'assurance-chômage. Une absence de droit non seulement vis-à-vis de la première, mais aussi de la seconde assurance est également envisageable (arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 282/05 du 3 mars 2006 du 3 mars 2006 consid. 2.3; Ulrich MEYER/ Marco REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], in Hans-Ulrich STAUFFER/ Basile CARDINAUX [éditeurs], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4^{ème} éd., 2022, p. 346-347, n. 136 ad art. 28 a LAI).

E. 5.1

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

E. 5.2

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

E. 5.3

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.

E. 5.3.1

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 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 5.3.2

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 ; ATF 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).

E. 5.3.3

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf . ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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).

E. 5.3.4

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 distincte. 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 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

E. 6

Selon la jurisprudence, tant dans les cas de tableaux cliniques objectivables que non objectivables, le droit aux prestations de l'assurance-invalidité présuppose de la même manière une appréciation médicale compréhensible des effets de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain. Des difficultés à clarifier des faits ou à fournir des preuves peuvent nécessiter la prise en compte – au besoin en se procurant des informations étrangères à l'anamnèse – d'autres domaines de la vie comme des comportements durant les loisirs ou des engagements familiaux. Si les effets d'une symptomatologie douloureuse objectivable ou non objectivable (par imagerie médicale) sur la capacité de travail restent vagues et indéterminés malgré des investigations consciencieuses et complètes et si les limitations ne peuvent pas être justifiées autrement que par les données subjectives fournies par la personne assurée, la preuve du fondement de la prétention n'est pas apportée et n'est pas rapportable. L'absence de preuve correspondante doit être supportée par la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_27/2015 du 26 août 2015 consid. 6.1).

E. 7.1

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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants

plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 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).

E. 7.2

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

E. 8

En l'espèce, la recourante conteste en premier lieu la valeur probante de l'expertise du Dr D_____, à laquelle elle reproche d'être incomplète, insuffisamment motivée et de ne pas tenir compte de ses limitations fonctionnelles. La recourante relève également que le Dr D_____ n'est ni orthopédiste, ni spécialiste du pied et de la cheville, ni même chirurgien ou traumatologue. La Cour de céans a déjà eu l'occasion d'examiner la valeur probante de cette expertise dans le cadre du litige ayant opposé l'assurée à l'assureur perte de gain (cf. ATAS/119/2024 op. cit.). Dans cet arrêt, la Cour de céans s'est interrogée, à l'instar de la recourante, sur l'opportunité de la désignation d'un médecin du travail pour évaluer les répercussions sur la capacité de travail d'une fasciite plantaire – soit un trouble musculo-squelettique – qu'un rhumatologue, voire un chirurgien orthopédique, aurait vraisemblablement été mieux à même d'analyser. Cela étant, elle a rappelé que tout grief ayant trait au défaut de compétence d'un expert était d'ordre matériel et devait ainsi être examiné avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 8C_358/2022 du 12 avril 2023 consid. 4.2.4). La Cour de céans a ensuite constaté, s'agissant du contenu dudit rapport, que si, au plan formel, il contenait tous les éléments nécessaires selon la jurisprudence – soit, notamment, une anamnèse, un résumé du dossier et des diagnostics –, ses conclusions étaient insuffisamment motivées pour emporter la conviction. En particulier, on peine à comprendre sur quels éléments se fonde le Dr D_____ pour qualifier la fasciite plantaire d'affection « au décours », faute d'explications sur ce point. Il n'indique pas non plus quelles observations concrètes lui permettent de retenir que les limitations fonctionnelles – dont il reconnaît implicitement la persistance à la date de son examen, puisqu'il confirme que l'incapacité de travail reste justifiée à ce moment-là – disparaîtraient progressivement lors des mois suivants, ni les motifs qui le conduisent à qualifier l'évolution de favorable. L'absence de signes d'inconfort lors de l'entretien – durant lequel on peut raisonnablement supposer que la recourante était assise – n'est pas incompatible avec des douleurs et des difficultés à la mobilisation. S'agissant de l'évolution de la capacité de travail, les conclusions quant à une possible reprise deux mois après l'examen ne sont nullement motivées. Le Dr D_____ se contente de souligner qu'une fasciite peut avoir une incidence durant plusieurs mois sur la capacité de travail dans

le cas d'une activité exercée debout. Or, un pronostic fondé sur l'évolution usuellement observée d'une atteinte ne suffit pas à démontrer le rétablissement futur de la capacité de travail, à défaut d'éléments concrets dans ce sens. On peut ici se référer par analogie au principe prévalant en matière d'assurance-accidents, selon lequel la date à laquelle une atteinte accidentelle ne déploie plus d'effets ne peut être déterminée d'une manière abstraite et théorique en se référant au délai de guérison habituel d'une lésion, cela ne suffisant pas à établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'extinction du lien de causalité en l'absence d'autres éléments objectifs dans le dossier médical (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 et 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5). En l'espèce, il n'existe aucun autre élément permettant d'accréditer la thèse d'une guérison de l'atteinte deux mois plus tard. Au contraire, la scintigraphie réalisée en mai 2022 a confirmé la persistance de la fasciite plantaire, l'aponévropathie plantaire décrite dans le rapport d'examen étant un terme synonyme (cf. Aponévropathie plantaire : mise au point 2021 in Revue médicale suisse 17 [2021] p. 1314). Le Dr G_____ a également rapporté, en juin 2022, des signes cliniques d'une telle atteinte. Les médecins des HUG ont eux aussi relaté une fasciite plantaire dans leur rapport de consultation du 23 septembre 2022. La Cour de céans, à défaut de motivation suffisante quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité professionnelle à partir du 1^{er} mai 2022 malgré la persistance de l'atteinte à l'origine de l'incapacité de travail, a donc nié au rapport du Dr D_____ toute valeur probante sur ce point. Il est vrai que le Dr F_____, en mai 2022, a malgré tout également conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée telle qu'un travail administratif. Il s'est cependant prononcé du seul point de vue de l'atteinte aux membres inférieurs. Or, la Dre C_____, en septembre 2022, a fait état d'une péjoration au niveau lombaire et a conclu, de ce fait, à une capacité de travail limitée à 50% dans une activité adaptée. On rappellera que ce même médecin, en octobre 2021, indiquait que la scoliose et les crises cervico-dorsales et lombaires n'avaient jamais entraîné d'arrêts de travail prolongés. Tout indique donc que la situation s'était nettement péjorée une année plus tard. Le SMR a certes fait siennes les nouvelles limitations évoquées par la Dre C_____, mais a conclu pour sa part à une pleine capacité de travail, sans argumenter aucunement les raisons pour lesquelles il s'écartait du taux retenu par ce médecin. La position de l'une comme de l'autre n'étant guère motivées, la Cour de céans ne dispose pas d'éléments suffisants pour se prononcer sur la capacité de l'assurée à exercer une activité adaptée compte tenu de l'ensemble des atteintes dont elle souffre. Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). En l'espèce, au vu des carences de l'expertise du Dr D_____ et du fait que les éventuelles répercussions des atteintes lombaires n'ont pas du tout été analysées par l'intimé, un renvoi de la cause pour instruction complémentaire s'impose. A cet égard, l'intimé pourra s'enquérir auprès de l'assureur perte de gain du résultat des mesures d'instruction mises en œuvre par celui-ci suite à l'arrêt de la Cour l'opposant à l'assurée. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision. Le recours est partiellement admis en ce sens. La recourante n'étant pas représentée, elle n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPG). *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :