

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1320/2015

ATAS/667/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 7 septembre 2015

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CAROUGE, représentée par
SYNDICAT UNIA

Recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

Intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1961 et originaire du Portugal, est mariée et mère de deux enfants. Depuis son entrée en Suisse en janvier 2003, elle a travaillé en tant que nettoyeuse, en dernier lieu, de 2005 à 2007 (selon l'extrait du compte individuel de la caisse de compensation), pour B_____ SA et, de 2003 à 2012, pour C_____ SA. Selon le contrat de travail du 10 février 2006 avec cette dernière entreprise, la date de l'engagement était le 21 octobre 2003 et l'horaire de travail moyen de 21h/semaine.
2. L'intéressée étant secourue par l'Hospice général depuis mars 2012, cette institution a mandaté les Etablissements publics pour l'intégration (EPI) pour un stage d'évaluation à l'emploi de l'intéressée. Ce stage a eu lieu du 19 mars au 13 avril 2012. Il ressort du rapport des EPI y relatif du 16 avril 2012 qu'elle est analphabète et ne parle pas le français. Elle a toujours travaillé en Suisse à temps partiel dans le secteur du nettoyage. Elle aurait été licenciée au 30 avril 2012 par son dernier employeur. Elle n'a pas les aptitudes pour suivre même une petite formation de quelques jours dans le nettoyage, en raison de la méconnaissance du français, et même dans cette activité, elle doit se cantonner à des tâches simples (toilettes, bureaux) et être exécutante au sein d'une équipe. Selon les conclusions des EPI, elle pourrait travailler en tant que nettoyeuse dans un atelier adapté, mais non pas dans le circuit économique normal. Il est précisé à cet égard que l'activité exercée en dernier lieu se rapprochait du contexte d'un poste adapté. Il y avait également des problèmes de santé à approfondir, l'intéressée alléguant souffrir de deux hernies discales, de troubles du sommeil et de pertes de mémoire. Elle ne pouvait rester debout longtemps ni porter des charges. Selon ses dires, elle ne pourrait pas travailler à plus que 50% en raison de ses problèmes de santé.
3. Selon la lettre de sortie de séjour de la clinique de Montana, l'intéressée y a séjourné du 8 au 22 juillet 2012. Le diagnostic principal était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère avec somatisations. Le motif d'hospitalisation était un éloignement des facteurs de stress et une réévaluation du traitement médicamenteux. Les troubles psychiques étaient en lien avec des difficultés conjugales, professionnelles et des soucis de santé. Elle présentait des idées suicidaires sans projet concret. Elle se plaignait aussi de multiples douleurs, dont des céphalées, probablement en tout ou partie tensionnelles. La symptomatologie s'était améliorée durant le séjour.
4. Selon le rapport du 20 août 2012 du docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, l'intéressée souffre d'un trouble dépressif récurrent d'intensité sévère dont les symptômes étaient apparus de manière insidieuse pendant les dernières années.

5. Dans son rapport du 24 août 2012, le docteur D_____, psychiatre FMH, a indiqué qu'il suivait la patiente depuis le 13 mars 2012 en raison d'épisodes dépressifs remontant à l'âge de dix-huit ans, avec un tentamen médicamenteux, une deuxième dépression à l'âge de vingt-trois ans, également avec un tentamen médicamenteux, une hospitalisation rapportée en milieu spécialisé de quelques semaines à l'âge de trente et un ans et une récurrence d'état dépressif le 15 août 2012. La capacité de travail était nulle depuis le 1^{er} juillet 2012 pour une durée indéterminée.
6. En novembre 2012, l'intéressée a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
7. Dans son rapport du 6 novembre 2012, le Dr D_____ a précisé que l'évolution était en dent de scie et que l'état de santé s'était discrètement dégradé au fil des derniers mois. Les douleurs s'étaient accentuées et la patiente présentait un ralentissement psychomoteur important et un manque d'énergie.
8. Selon le questionnaire pour l'employeur du 5 décembre 2012, les rapports de service ont commencé le 21 octobre 2003 et le contrat est toujours en vigueur. Depuis le 21 février 2012, l'intéressée a travaillé à raison de 2h/jour, respectivement 10h/semaine.
9. Selon le rapport du 17 décembre 2012 du Dr D_____, l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, depuis 2011, de cervicobrachialgies bilatérales et de lombalgies chroniques depuis 2011. Une incapacité de travail avait été attestée par le Dr E_____ à 100% et, du 22 février au 30 juin 2012, par le Dr C_____ à 50%.
10. Dans son rapport du 27 décembre 2012, le Dr C_____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent depuis 2006 avec effet sur la capacité de travail. A titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a mentionné des douleurs abdomino-lombaires gauches récurrentes sur maladie de la jonction avec dilatation urétéro-pyalo-calicielle gauche, un calcul intra-caliciel inférieur gauche, un status après incontinence urinaire, avec hyper-mobilité urétrale traitée par pose de bandelettes TOT, de gonalgies droites récurrentes sur déchirure « grade II » de la corne postérieure du ménisque interne, de status après résection de polypes coliques en mai 2010, de status après gastrite chronique traitée, de cervico-nucalgies récurrentes et de gonalgies gauches récurrentes sur déchirure-grade III et de la corne postérieure du ménisque interne. Actuellement, la patiente se plaignait essentiellement de sa dépression, mais également de gonalgies bilatérales et de douleurs lombaires gauches épisodiques. La capacité de travail était nulle du 8 août 2011 au 19 février 2012, ainsi qu'à partir du 1^{er} juillet 2012 pour une durée indéterminée. Les limitations fonctionnelles étaient essentiellement d'ordre psychique.

11. Selon le rapport d 12 mars 2013 du docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne et en affections rhumatologiques, l'assurée signale des lombalgies chroniques depuis plusieurs années et des douleurs des deux genoux perturbant la marche et surtout la montée des escaliers depuis deux ans. Elle décrivait une activité très réduite, évitant de marcher longtemps, de porter des charges et faire tout effort dans le ménage. Les nuits étaient perturbées par des lombalgies et toute position prolongée couchée, assise ou debout entraînait des douleurs lombaires ou des genoux. A l'examen clinique, ce médecin a notamment constaté, à la palpation, des contractures sensibles paravertébrales bilatérales, des douleurs électives à droite au niveau L5 et S1. Le rachis cervical gardait une mobilité relativement conservée, très discrètement limitée à droite. La palpation paravertébrale était peu douloureuse. La mobilisation de l'épaule gauche était douloureuse et évoquait des conflits tendineux, mais les tests spécifiques des tendons de la coiffe des rotateurs n'étaient pas douloureux. Les hanches étaient bien mobiles et indolores. La mobilisation de la rotule des genoux était douloureuse et la palpation des interlignes également diffusément. La mobilité des genoux était relativement satisfaisante, mais la flexion forcée douloureuse. Cela étant, le Dr F_____ a retenu un syndrome douloureux chronique depuis plusieurs années en lien avec une spondylodiscarthrose lombaire étagée sans canal étroit, ni conflit disco-radicaire précis, ainsi qu'une arthropathie dégénérative des deux genoux, relativement avancée, responsable des gonalgies mécaniques, actuellement sans signe inflammatoire. Cette situation évoluait dans le contexte d'un état dépressif, en lien avec une probable désinsertion sociale du couple dont ni l'un ni l'autre ne travaillait pas. Il a proposé un traitement de mobilisation en piscine, évoqué la possibilité d'infiltration de corticoïdes au niveau lombaire en cas d'exacerbation des lombalgies ou d'infiltration de corticoïdes ou d'acide hyaluronique au niveau des deux genoux suivant l'évolution.
12. Le 27 juin 2013, le Dr D_____ a attesté que l'état était stationnaire, quoique évoluant en dent de scie, avec actuellement un trouble dépressif récurrent, épisode moyen. Dans les limitations fonctionnelles, il a mentionné une thymie abaissée, une fatigue, une irritabilité, un ralentissement psychomoteur, une démotivation et un découragement. Il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Le traitement consistait en antidépresseurs et psychothérapie. Une reprise du travail n'était actuellement pas possible.
13. Le 19 février 2014, l'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique par le docteur G_____, psychiatre FMH, avec l'aide d'un interprète. Dans son rapport du 10 mars 2014, l'expert n'a posé aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics suivants étaient sans répercussion sur celle-ci : syndrome douloureux somatoforme persistant, troubles dépressifs récurrents, épisode actuel léger, avec syndrome somatique, autres troubles spécifiques de la personnalité

(personnalité immature, difficulté d'adaptation à une nouvelle étape de vie et difficultés liées à l'acculturation). Ainsi, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était entière. Il ressort de l'anamnèse que le père de l'assurée s'était pendu, lorsqu'elle était petite. Elle ignore l'âge de ses frères et sœurs, ainsi que de ses enfants. Dans les plaintes, il est notamment mentionné qu'elle disait se perdre tout le temps et qu'elle devait toujours être accompagnée. Elle est également triste en permanence, ce qui n'a cependant pas été objectivé par l'expert. Concernant les activités journalières, l'assurée disait rester toujours dans sa chambre et ne pas regarder la télévision. En août 2013, elle avait fait un voyage au Portugal en avion où elle était restée avec son mari pendant deux semaines dans un appartement d'un de ses fils. L'assurée se plaignait également de douleurs dans la tête, aux genoux et pratiquement dans toutes les articulations. L'expert avait essayé de prendre contact avec le psychiatre traitant, mais celui-ci n'avait pas répondu à ses sollicitations. Le mari de l'assurée était au bénéfice d'une rente d'invalidité en raison de problèmes de dos. Dans la discussion, l'expert a admis que l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent vraisemblablement depuis l'adolescence. Au moment de l'entretien, il n'y avait toutefois pas de signes et de symptômes d'un trouble dépressif sévère. Les symptômes correspondaient à un « bas seuil » d'un trouble dépressif « mais qui ne semble pas handicaper l'assurée pour exécuter des travaux de nettoyage comme elle l'a fait jusqu'à maintenant ». Elle semblait être plus régressée que déprimée, avec des bénéfices secondaires de la maladie. Quant au dosage plasmatique des médicaments, il était négatif pour les benzodiazépines et se situait dans l'intervalle thérapeutique pour la Fluctine.

14. Le 10 juin 2014, l'assurée a fait l'objet d'une expertise rhumatologique, en présence d'un traducteur, par la doctoresse H_____, spécialiste en médecine physique, rééducation et rhumatologie FMH. Dans son rapport du 22 juin 2014, l'experte n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail sur le plan rhumatologique. Les diagnostics sans répercussion sur celle-ci étaient les suivants : incontinence fécale sur rectocèle, en voie de résolution, incontinence urinaire minime après cervicopexie, diabète de type II, hypercholestérolémie traitée, chondropathie rotulienne de grade II et arthrose fémoro-patellaire à droite, déchirure de grade II de la corne postérieure du ménisque interne, status post-entorse du ligament collatéral et interne grade III, asymptomatique, chondropathie rotulienne et condylienne grade III au genou gauche, déchirure grade III de la corne postérieure du ménisque interne, asymptomatique, cervicalgies dans le contexte d'une discarthrose C5-C6 et C6-C7, sévère, avec ostéophytose réduisant les dimensions antéro-postérieures du canal cervical avec compression du cordon médullaire, mais sans signe de myélomalacie ni compression radiculaire, lombalgies sur discopathie dégénérative L4-L5, arthrose inter-apophysaire postérieure au même niveau, discopathie L5-S1 sans retentissement sur le canal

lombaire, plaintes constrictives médio-sternales, d'arthralgies traitées et méningiome temporal droit stable. L'assurée a une première fois été en arrêt de travail le 21 mai 2010 pour un trouble dépressif jusqu'au 3 octobre 2010, puis à 100% du 13 août 2011 jusqu'au 21 février 2012, avant d'être en incapacité totale de travailler à partir du 2 juillet 2012, et à 50% en janvier et février 2013. Elle a été licenciée le 15 janvier 2013 avec effet au 31 mars 2013. L'incontinence fécale est présente depuis longue date, mais n'engendre pas une incapacité professionnelle. Une prise en charge sur le plan proctologique semblait être prévue prochainement. Au niveau cervical, elle décrivait des douleurs nocturnes et diurnes d'une intensité de 8 sur 10, ce qui paraissait exagéré à l'experte. L'examen clinique des cervicales, hormis une discrète imitation de la rotation de l'inclinaison gauche, était complètement normal. Il n'y avait pas de douleur métamérique correspondant à la topographie du trouble dégénératif sévère décrit sur l'IRM de novembre 2011, ni contracture musculaire dans les trapèzes supérieurs, moyens et les angulaires de l'omoplate. L'expert en a déduit que la problématique cervicale n'avait aucune traduction physique actuellement. Il n'y avait pas non plus d'irradiation dans les membres supérieurs de la discopathie relativement sévère. En ce qui concerne les lombaires, l'assurée décrivait des douleurs de 6/10 sur l'échelle de la douleur. L'IRM de janvier 2012 montrait des discopathies modérées très faiblement protrusives, sans contrainte radiculaire. L'examen n'avait pas mis en évidence de contracture musculaires paravertébrale dorsale et lombaire, ni fessière ni décompensation algique, de sorte qu'il y avait une nette divergence entre l'intensité des douleurs alléguées et les données objectives cliniques. Il n'y avait ainsi pas de limitation fonctionnelle dans la profession habituelle. S'agissant des gonalgies bilatérales, l'experte n'a retenu aucune douleur provoquée par la mobilisation en flexion forcée, aucun signe inflammatoire ni de décompensation d'une problématique méniscale, de sorte qu'il n'y avait pas non plus de limitation fonctionnelle au regard de cette problématique. Les points de la fibromyalgie étaient négatifs. Le pronostic dépendait des épisodes de décompensation des lombalgies, cervicalgies et gonalgies qui jusqu'à présent pouvaient être résolus par des traitements AINS et antalgiques. Dans les limitations fonctionnelles, l'experte a mentionné qu'il fallait éviter l'extension des cervicales de manière prolongée, comme le lavage des vitres et le travail des membres supérieurs au-dessus de la tête. Ces mouvements n'étaient toutefois pas nécessaires de manière soutenue dans la profession d'agent d'entretien. L'activité devait aussi permettre une alternance des positions assise et debout, ainsi que la marche. Le port de charge de plus de 5 kg de manière répétitive et de plus de 10 kg de manière occasionnelle était proscrit. Le ressenti des douleurs physiques était sans doute majoré par la problématique psychologique. Il ressort d'ailleurs de l'anamnèse que le mari de l'assurée est maçon de profession et a travaillé en dernier lieu comme employé pour

le nettoyage de bureaux avant son arrêt de travail depuis 2007 en raison de gonalgies et de lombalgies. Il reçoit un quart des rentes mensuelles de CHF 114 de CHF 207.-. A cela s'ajoutaient des prestations complémentaires de CHF 2'600.-par mois. Concernant le ménage, l'assurée a rapporté que les douleurs l'empêchaient totalement de faire le ménage depuis trois ans. Sa belle-fille s'en occupait le week-end et son mari passait l'aspirateur et préparait les repas. L'assurée ressentait de la fatigue dans les bras, même en épluchant les légumes. Elle faisait les courses avec son mari, soit à pied ou en scooter, ou avec la voiture de leur fils. L'assurée a décrit, à titre de journée habituelle, celle de la veille, où elle s'était levée à 7h30 et s'était rendue, en scooter avec son mari, à la piscine de Carouge de 9h00 à midi, où elle avait barboté. Son mari avait préparé le repas, puis l'assurée avait fait une sieste prolongée jusqu'à 19h00 et était retournée encore de nombreuses fois dans son lit. Au levé, elle avait mangé des fruits et le couple avait fait une balade à pied d'environ une heure, ce qu'il faisait chaque soir, voire pendant plus longtemps. L'assurée s'était couchée vers 22h15 et endormie vers minuit.

15. Dans son avis médical du 26 janvier 2015, la doctoresse I_____ du Service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) a estimé qu'il y avait lieu de suivre les conclusions des experts et de retenir une exigibilité de la reprise du travail dans l'activité habituelle à 100%, tout en admettant une incapacité de travail totale du 1^{er} juillet au 31 décembre 2012, de 50% jusqu'au 28 février 2013. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: activité de ménage légère, port de charges limité à 10 kg, absence de mouvements en porte-à-faux du tronc, à genoux ou accroupi, accès libre aux toilettes.
16. Le 2 février 2015, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il n'avait pas l'intention de lui octroyer les prestations de l'assurance-invalidité.
17. Par décision du 16 mars 2015, l'OAI a confirmé le projet de décision précité sur la base des expertises effectuées et l'avis du SMR.
18. Par acte du 22 avril 2015, l'assurée a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil.
19. Par écriture du 7 mai 2015, soit dans le délai fixé par la chambre de céans pour compléter le recours, elle a conclu à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Subsidiairement elle a conclu à l'octroi de mesures professionnelles, sous suite de dépens. Elle était toujours en incapacité de travail pour une durée indéterminée, comme cela était attesté par ses médecins-traitants. Par ailleurs, au vu de l'étendue des problèmes médicaux dont elle souffrait, tant sur le plan psychiatrique, neurologique et urologique, sa capacité de travail ne pouvait être estimée sur la seule base rhumatologique. L'intimé n'avait par ailleurs pas pris en compte la globalité des symptômes dont l'action les renforçait.

20. A l'appui de ses dires, la recourante a produit le certificat médical du Dr D_____ du 14 avril 2015, confirmant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, de cervicalgies bilatérales et de lombalgies chroniques. A cela s'ajoutaient des troubles de la mémoire, des troubles sphinctériens, pour lesquels une intervention chirurgicale était prévue les prochains jours. Compte tenu de l'ensemble de ces atteintes à la santé, la capacité de travail était nulle depuis le 1^{er} juillet 2012.
21. La recourante a aussi produit le certificat médical du 17 avril 2015 de la doctoresse J_____, certifiant qu'elle était suivie par ce médecin depuis le 3 septembre 2013 et que sa capacité de travail était jugée nulle depuis cette date pour une durée indéterminée. Ce médecin a posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : trouble dépressif récurrent, troubles cognitifs modérés (exécutifs, attentionnels), céphalées chroniques, troubles de défécation et miction sur asynchronisme abdomino-pelvien et rectocèle antérieur, discopathies L4-L5 et L5-S1 et douleurs des épaules en investigation. Les diagnostics de diabète type II, d'hypercholestérolémie, de lithiase urinaire et méningiome temporal n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail.
22. Dans sa réponse du 1^{er} juin 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours au motif que rien ne permettait de douter de la pleine valeur probante des rapports d'expertise. Quant aux certificats médicaux des médecins-traitants, ils n'apportaient aucun élément objectivement vérifiable, dès lors qu'ils se contentaient d'avancer des diagnostics sans les motiver, et d'affirmer que la recourante ne pouvait plus travailler. Le SMR avait par ailleurs admis la présence de cervicalgies et de lombalgies chroniques, ainsi que d'un trouble dépressif récurrent, épisode léger, avec les limitations fonctionnelles en découlant.
23. Le 9 juillet 2015, le Dr D_____ a informé la chambre de céans que la recourante était toujours en incapacité de travail totale pour des raisons essentiellement psychiatriques. Elle souffrait cependant également d'un grand nombre d'atteintes somatiques. Certes, prises isolément, aucune de ces atteintes n'était invalidante. Le psychiatre traitant se demandait néanmoins si la somme de celles-ci n'aboutirait pas à une incapacité de travail totale. La recourante faisait par ailleurs partie d'une famille au passé psychiatrique lourd. Son père s'était pendu. Peu scolarisée, elle avait vécu toute sa vie appuyée sur son mari et n'avait travaillé que par période à temps partiel. Plusieurs décompensations psychiques graves s'étaient produites dans le passé, de sorte que l'épisode dépressif actuel apparaissait comme la continuation d'une pathologie existant depuis son plus jeune âge. L'épisode actuel était d'une intensité moyenne et rendait la recourante totalement incapable de travailler, ce en quoi il était en désaccord avec l'expert psychiatre. Par ailleurs, la recourante ne

présentait pas de limitations fonctionnelles pour le ménage sur le plan psychiatrique.

24. Lors de son audition par la chambre de céans en date du 26 août 2015, la recourante a déclaré ce qui suit :

« J'ai effectivement aussi travaillé pour B_____ SA parallèlement à mon activité pour C_____ SA. Je ne me rappelle plus très bien pendant combien d'heures par semaine. Selon mes souvenirs, j'ai travaillé tous les jours de 6h à 8h du matin et mon travail consistait à nettoyer les bureaux. Pour C_____ SA, je travaillais le soir.

Je ne me rappelle plus pourquoi le contrat de travail avec B_____ SA a pris fin en 2007. En 2008 j'ai essayé de trouver un autre travail, à côté de celui pour C_____ SA. Toutefois, mes recherches sont restées vaines.

A la question de la juge de savoir si j'ai déjà travaillé à 100 % depuis son arrivée en Suisse, je réponds que je ne me rappelle plus. J'ignore aussi le salaire de mon mari avant qu'il devienne invalide.

Depuis longtemps, je ne fais plus le ménage chez moi. Toutefois je ne me rappelle plus depuis quelle année exactement ».

25. Dans son avis médical du 25 août 2015, la Dresse K_____ du SMR a considéré que le courrier du Dr D_____ n'apportait pas d'éléments cliniques objectifs susceptibles de modifier l'appréciation de l'état de santé sur le plan psychiatrique. Il en allait de même du rapport de la Dresse J_____, de sorte qu'il y avait lieu de maintenir les précédentes conclusions.
26. Par écriture du 25 août 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en se prévalant essentiellement de l'avis médical précité.

EN DROIT

1. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) ;

Il doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

2. En l'occurrence, la chambre de céans a de grands doutes notamment sur la capacité de travail de la recourante sur le plan psychique.

Compte tenu de son passé psychiatrique avec hospitalisations et deux tentamens médicamenteux, ainsi que le ralentissement psychomoteur important rapporté par le Dr D_____ et les troubles de la mémoire flagrants, la chambre de céans estime nécessaire de soumettre la recourante a un examen neuropsychologique.

3. Celui-ci sera confié à la doctoresse L_____, psychologue diplômée FSP, qui maîtrise également le portugais.

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

- A. Ordonne un examen neuropsychologique de la recourante.
B. Mandate à cette fin la Dresse L_____.
C. L'invite à soumettre son rapport en trois exemplaires à la chambre de céans dans un délai de trois mois dès réception de la présente ordonnance et du dossier de la présente procédure.
D. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le