

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3470/2016

ATAS/665/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 2 août 2017

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CONCHES, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Catarina MONTEIRO
SANTOS

demandeur

contre

VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA,
sis Avenue de Cour 26, LAUSANNE

défenderesse

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : le demandeur), né le _____ 1968, travaillait depuis le 30 avril 2007 comme chauffeur-livreur pour B_____ SA (ci-après : l'employeur), laquelle est assurée auprès de la Vaudoise générale compagnie d'assurances SA (ci-après : la défenderesse) pour une police d'assurance collective maladie perte de salaire soumise à la LCA.
2. Le 29 juin 2015, l'employeur a licencié le demandeur pour le 31 août 2015.
3. Le 20 juillet 2015, le demandeur s'est soumis à une arthro-IRM de la hanche droite en raison d'une indication d'arthrose de la hanche gauche, possible lésion labrale droite. Le rapport conclut comme suit : « arguments arthro-IRM en faveur de remaniements dégénératifs débutants coxo-fémoraux, se caractérisant par une chondropathie et une déchirure labrale antéro-supérieure ainsi qu'à des formations géodiques sous-chondrales du sourcil cotyloïdien ».
4. Le 14 août 2015, le docteur C_____, FMH chirurgie orthopédique, a attesté d'une incapacité de travail totale du demandeur depuis le 10 août 2015, renouvelée les 25 août 2015, 4 septembre 2015, 28 septembre 2015, 29 octobre 2015, 12 novembre 2015, 26 novembre 2015, 21 décembre 2015, 1^{er} février 2016, 3 mars 2016, 7 avril 2016, 9 mai 2016, 13 juin 2016, 5 septembre 2016, 12 septembre 2016, 4 novembre 2016, 17 novembre 2016, 24 novembre 2016 et 19 décembre 2016.
5. Le 21 août 2015, l'employeur a rempli une déclaration de maladie-assurance perte de salaire pour la défenderesse en indiquant une maladie depuis le 10 août 2015.
6. Le 27 août 2015, le demandeur a subi une intervention chirurgicale effectuée par le Dr C_____, soit une arthroscopie opératoire de la hanche gauche et résection du flap / bourrelet replié du labrum postéro-supérieur de la hanche gauche. Le diagnostic pré-opératoire était celui de coxarthrose de la hanche gauche avec suspicion de lésion du labrum supero postérieur.
7. Le 17 septembre 2015, la défenderesse a pris le cas en charge et versé une indemnité journalière depuis le 24 août 2015 (délai d'attente de quatorze jours).
8. Le 13 novembre 2015, le demandeur a subi une intervention chirurgicale à la hanche droite, soit une arthroscopie opératoire de la hanche droite, shaving chondroplastie de la tête fémorale et résection de la lésion déchirée du labrum antérieur et antero-latéral au shaver. Le diagnostic pré opératoire était celui de pré-arthrose hanche droite avec lésion du labrum supero-externe.
9. Le 25 janvier 2016, le Dr C_____ a estimé que l'évolution était lentement favorable et que le demandeur devait trouver un travail adapté à son handicap, sans port de charge et sans marche.
10. Le 25 janvier 2016, la défenderesse a annoncé le cas à l'OAI.

11. Un entretien a eu lieu entre un représentant de la défenderesse et le demandeur le 26 janvier 2016. Le demandeur déclarait pouvoir conduire mais pas porter de charges et il faisait de la physiothérapie.
12. Le 4 février 2016, le docteur D_____, FMH médecine interne, médecin conseil de la défenderesse, a estimé qu'une activité adaptée (sans port de charge répétitif, sans position contraignante, sans marche dans un terrain irrégulier) était exigible à 100 %.
13. Le 18 février 2016, l'employeur a informé que le délai de congé avait été suspendu en raison de l'incapacité de travail et que le contrat de travail prendrait fin le 29 février 2017.
14. Le 19 février 2016, la défenderesse a informé le demandeur que les prestations continueraient d'être versées jusqu'à la fin de l'incapacité de travail en cours.
15. Le 22 février 2016, la défenderesse a informé le demandeur qu'elle lui reconnaissait une pleine capacité de travail dès le 1^{er} mai 2016 dans une activité adaptée.
16. Le 7 avril 2016, le Dr. C_____ a rempli un rapport médical AI attestant de coxarthrose gauche et de pré-arthrose hanche droite, avec un pronostic moyen et une incapacité de travail totale ; le demandeur ne pouvait pas rester debout ou marcher d'une manière prolongée ; le travail de chauffeur-livreur n'était pas possible ; une activité adaptée au handicap était possible depuis maintenant (travail sédentaire, assis, chauffeur).
17. Le 18 avril 2016, le Dr. C_____ a écrit au docteur E_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin conseil de la défenderesse, en relevant que le demandeur présentait une coxarthrose bilatérale, plus importante à gauche qu'à droite, s/p arthroscopie / débridement des lésions du labrum des deux hanches avec un arrêt de travail toujours à 100 % depuis le 10 août 2015. Actuellement, la situation s'était clairement améliorée au niveau de sa hanche droite. Par contre, il souffrait tout de même régulièrement de sa hanche gauche avec une évolution moyennement favorable à ce niveau-ci. Il était bien possible que les douleurs au niveau de cette hanche gauche deviennent trop importantes et que d'ici quelques mois une prothèse totale de celle-ci doive être envisagée. Pour l'instant, bien évidemment, le patient ne pouvait pas reprendre son travail dans son ancien métier de chauffeur / livreur, ni même dans une activité adaptée jusqu'à la mise en place d'une prothèse totale au niveau de sa hanche gauche.
18. Le 19 avril 2016, le demandeur a subi une infiltration sous scopie de la hanche gauche.
19. Le 21 avril 2016, le demandeur a écrit à la défenderesse qu'il s'opposait à l'avis de son médecin-conseil et a requis la continuation du versement des prestations, en se fondant sur l'avis du Dr. C_____.

20. Le 12 mai 2016, le docteur D_____ a écrit au Dr. C_____ qu'il maintenait sa position car il lui était difficile de comprendre qu'il n'existait aucune capacité de travail dans une activité adaptée.
21. Le 13 mai 2016, la défenderesse a maintenu sa position.
22. Le 8 juin 2016, le demandeur, représenté par une avocate, a fait opposition à la décision de la défenderesse du 13 mai 2016.
23. Le 5 juillet 2016, le demandeur a écrit à la défenderesse que son état n'était pas stabilisé car il devait être prochainement opéré et que le médecin-conseil n'avait pas motivé la capacité de travail retenue de sorte que, conformément à l'avis du Dr. C_____, il convenait de reprendre le versement des prestations.
24. Un rappel a été envoyé à la défenderesse les 5 et 31 août 2016.
25. A la demande de la défenderesse, le Dr. C_____ a indiqué le 22 août 2016 qu'il avait posé un diagnostic de coxarthrose bilatérale, qu'il existait une décompensation à gauche et qu'une prothèse totale de la hanche gauche était prévue en septembre / octobre 2016.
26. Le 6 septembre 2016, le Dr. E_____ a estimé que la prise de position de la défenderesse devait être maintenue et que l'opération devait être repoussée autant que possible.
27. Les 7 et 22 septembre 2016, la défenderesse a confirmé sa position.
28. Le 12 septembre 2016, le demandeur a requis une décision formelle.
29. Le 21 septembre 2016, le Dr. E_____ a rendu un avis selon lequel dans une activité sédentaire, la capacité de travail était complète, de l'aveu même du Dr. C_____ (rapport à l'OAI du 7 avril 2016); le Dr. C_____ n'expliquait pas en quoi consistait la décompensation de la hanche gauche et la situation n'évoluait pas depuis six mois au moins de sorte que l'exigibilité d'une activité adaptée dès le 1^{er} mai 2016 devait être confirmée.
30. Le 12 octobre 2016, le demandeur, représenté par son avocate, a déposé auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice une demande en paiement à l'encontre de la défenderesse, concluant au versement de l'indemnité journalière du 1^{er} mai au 12 octobre 2016 avec intérêts ainsi qu'une indemnité au titre de réparation de son préjudice moral et financier de CHF 10'000.-.

Le médecin-conseil de la défenderesse ne l'avait pas examiné; le Dr. C_____ avait clairement dit qu'il ne pouvait pas reprendre une activité adaptée (rapport du 18 avril 2016). Il avait subi un préjudice moral car il n'avait plus pu subvenir aux besoins de sa famille et la défenderesse avait traité son dossier avec légèreté, ce qui justifiait une telle indemnité.
31. Le 1^{er} janvier 2017, la défenderesse a conclu au rejet de la demanderesse en relevant que le rapport du Dr. C_____ du 18 avril 2016 affirmant l'impossibilité pour le demandeur de reprendre une activité adaptée n'était pas crédible car le

7 avril 2016 il avait mentionné, dans un rapport AI, qu'une activité adaptée au handicap était possible depuis maintenant (travail sédentaire, assis, chauffeur). Les avis des Drs D_____ et E_____ primaient sur la position du médecin traitant ; la prise de position du médecin traitant étant contradictoire, une expertise paraissait nécessaire.

32. Le 26 janvier 2017, le demandeur a répliqué en disant qu'il ne s'opposait pas à une expertise orthopédique, laquelle aurait toutefois dû être ordonnée par la défenderesse antérieurement.
33. Le 21 avril 2017, le demandeur a écrit à la chambre de céans pour connaître la suite de la procédure.
34. Le 27 avril 2017, la chambre de céans a fixé un délai au 12 mai 2017 aux parties pour proposer des noms d'experts ainsi qu'une liste de questions.
35. Le 11 mai 2017, la défenderesse a proposé les docteurs F_____, G_____ et H_____ et proposé des questions.
36. Dans le délai prolongé au 31 mai 2017, le demandeur a proposé les docteurs I_____, J_____, K_____, L_____ et M_____ ainsi qu'une liste de questions : il a observé que les Drs H_____, G_____ et F_____ travaillaient tous pour le groupe de cliniques privées Hislanden, comme le Dr K_____ mais n'étaient pas des spécialistes prothétiques.
37. Le 6 juillet 2017, la chambre de céans a informé les parties du fait qu'elle entendait confier une expertise au Dr N_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, rue O_____ _____, 1203 Genève et leur a imparti un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'expert et sur les questions libellées dans la mission d'expertise annexée.
38. Les 10 et 14 juillet 2017, la défenderesse et le demandeur ont respectivement indiqué qu'ils n'avaient pas de motif de récusation à faire valoir ni d'autres questions à poser à l'expert.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1).

En l'occurrence, le litige relève du contrat d'assurance maladie collective perte de salaire soumis à la LCA. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

-
2. Selon l'art. 23 des conditions générales d'assurance (CGA) relatives à l'assurance-maladie collective perte de salaire, édition du 1^{er} mai 2009, la défenderesse reconnaît la compétence des tribunaux du domicile suisse du preneur d'assurance, de l'assuré ou de l'ayant droit.

Le demandeur ayant son domicile dans le canton de Genève, la chambre de céans est aussi compétente à raison du lieu pour connaître de la présente demande.

3. Les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie ne sont pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC lorsque les cantons ont prévu une instance cantonale unique selon l'art. 7 CPC (ATF 138 III 558 consid. 4.5 et 4.6; ATAS/577/2011 du 31 mai 2011), étant précisé que le législateur genevois a fait usage de cette possibilité (art. 134 al. 1 let. c LOJ).
4. S'agissant de l'objet du litige, le demandeur demande des indemnités perte de gain du 1^{er} mai au 12 octobre 2016, ainsi qu'une indemnité pour tort moral.
5. Aux termes de la police d'assurance collective maladie perte de salaire (n° 1 _____), les employés bénéficient d'une indemnité journalière à concurrence de 80 % du salaire, payable dès le 15^{ème} jour, pour une durée de 730 jours par cas.

Les prestations sont versées dès l'expiration du délai d'attente, pour toute incapacité de travail de 25 % au moins, proportionnellement au degré de l'incapacité de travail attestée (art. 8.1 CGA). L'allocation journalière est déterminée en fonction du salaire cotisant pour l'assurance-vieillesse et survivants, majorée des allocations familiales, que l'assuré a reçues dans l'entreprise déclarée au moment de la survenance de l'incapacité de travail, y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit. Ce salaire est converti en gain annuel et divisé par 365 (art. 11.1 CGA). L'allocation journalière est due pour tous les jours, y compris les dimanches et jours fériés (art. 11.3 CGA). Pour le calcul de la durée des prestations, le taux d'incapacité de travail partielle d'au moins 25 % compte comme jour entier (art. 12.1 CGA dernière phrase). Pour les personnes qui n'ont pas encore atteint l'âge de l'assurance-vieillesse et qui sont en incapacité de travail au moment où elles quittent l'entreprise assurée, le droit aux prestations pour la maladie en cours est maintenu jusqu'à l'épuisement de la durée maximale des prestations, à condition que l'incapacité de travail persiste de manière ininterrompue. Les prestations sont alors limitées au degré d'incapacité de travail existant lorsque l'assuré quitte le cercle des personnes assurées (art. 12.4 CGA).

L'allocation journalière est réduite de moitié pour les chômeurs reconnus aptes au placement par l'institution compétente et au bénéfice d'une indemnité de chômage, quand l'incapacité de travail est supérieure à 25 %. L'allocation est complète lorsque l'incapacité de travail est supérieure à 50 % (art. 8.2 CGA). Si l'assuré a droit durant son incapacité de travail à des prestations d'autres institutions d'assurances sociales, notamment l'assurance-chômage, la Vaudoise doit uniquement la différence entre les prestations de ces institutions et l'indemnité journalière assurée (art. 8.5 CGA).

L'incapacité de travail doit être dûment attestée par un médecin (art. 8.3 CGA), mais la défenderesse a le droit de contrôler ou de faire contrôler le bien-fondé de l'incapacité de travail par les moyens qu'elle juge utiles, dans le respect de la sphère personnelle de l'assuré (art. 20.6 CGA). Elle peut aussi faire examiner, à ses frais, l'assuré par un médecin de son choix. L'assuré perd son droit aux prestations s'il ne se soumet pas à un tel examen (art. 20.7 CGA).

6. La procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la LAMal (art. 243 al. 2 let. f CPC) et la chambre de céans établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC).

La jurisprudence applicable avant l'introduction du CPC, prévoyant l'application de la maxime inquisitoire sociale aux litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire, reste pleinement valable (ATF 127 III 421 consid. 2). Selon cette maxime, le juge doit établir d'office les faits, mais les parties sont tenues de lui présenter toutes les pièces nécessaires à l'appréciation du litige. Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale. Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 25 III 231 consid. 4a).

7. La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC; RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié; ATF 130 III 321 consid. 3.1; ATF 129 III 18 consid. 2.6; ATF 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (cf. ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c; ATF 119 III 60 consid. 2c; ATF 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de

l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa).

8. En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie, qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1).

En principe, un fait est tenu pour établi lorsque le juge a pu se convaincre de la vérité d'une allégation. La loi, la doctrine et la jurisprudence ont apporté des exceptions à cette règle d'appréciation des preuves. L'allègement de la preuve est alors justifié par un « état de nécessité en matière de preuve » (Beweisnot), qui se rencontre lorsque, par la nature même de l'affaire, une preuve stricte n'est pas possible ou ne peut être raisonnablement exigée, en particulier si les faits allégués par la partie qui supporte le fardeau de la preuve ne peuvent être établis qu'indirectement et par des indices (ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.2). Tel peut être le cas de la survenance d'un sinistre en matière d'assurance-vol (ATF 130 III 321 consid. 3.2) ou de l'existence d'un lien de causalité naturelle, respectivement hypothétique (ATF 132 III 715 consid. 3.2). Le degré de preuve requis se limite alors à la vraisemblance prépondérante (die überwiegende Wahrscheinlichkeit), qui est soumise à des exigences plus élevées que la simple vraisemblance (die Glaubhaftmachung). 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 ou hypothèses envisageables ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 133 III 81 consid. 4.2.2; ATF 132 III 715 consid. 3.1; ATF 130 III 321 consid. 3.3).

En vertu de l'art. 8 CC, la partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4; arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

9. En présence 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. Ce qui compte à cet égard, c'est 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. En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3 p. 352 ss; arrêt 4A_318/201 du 3 août 2016 consid. 6.1).

10. En l'occurrence, la défenderesse a estimé qu'une expertise judiciaire orthopédique était nécessaire et le demandeur ne s'y est pas opposé.

Il convient en conséquence d'ordonner une telle expertise, laquelle sera confiée au docteur N_____, FMH chirurgie orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, rue O_____, 1203 Genève.

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

Statuant

Préparatoirement :

- I. Ordonne une expertise médicale. La confie au docteur N_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, rue O_____ , 1203 Genève. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Monsieur A_____, notamment le docteur C_____.
 - C. Examiner M. A_____.
 - D. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - 2. a) Quelles sont les plaintes de M. A_____ ? En particulier dans les positions suivantes : couchée, assise, debout, à la marche, dans les activités quotidiennes et dans des travaux plus ou moins lourds ?
b) Les plaintes peuvent-elles être objectivées ?
 - 3. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M. A_____ (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ?
 - 4. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?
 - 5. M. A_____ suit-il un traitement adéquat ?
 - 6. Quelles sont les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic ?
 - 7. a) Compte tenu de vos diagnostics, M. A_____ peut-il exercer une activité lucrative ? Si non, pourquoi ?
b) Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ?
c) En particulier l'ancienne activité de chauffeur/livreur est-elle exigible ? Si non, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est-elle possible ? Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ?
d) Si une activité adaptée est possible, depuis quelle date est-elle exigible ?

- e) L'état de santé de M. A_____ s'est-il amélioré depuis le 1^{er} mai 2016 ? Si oui de quelle manière ? Cette amélioration a-t-elle permis une récupération de la capacité de travail ? Si oui dans quelles activités ?
- f) Comment la capacité de travail de M. A_____ a-t-elle évolué depuis le 10 août 2015 ? Tant dans l'ancienne activité de chauffeur/livreur que dans une activité adaptée.
8. Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?
9. Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
10. Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?
11. a) Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr C_____ du 18 avril 2016 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle dans une activité adaptée jusqu'à la mise en place d'une prothèse totale au niveau de la hanche gauche ? Si non, pourquoi ?
- b) Etes-vous d'accord avec l'avis du docteur D_____ du 4 février 2016 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 100 % exigible dans une activité adaptée ? Si non, pourquoi ?
- c) Etes-vous d'accord avec l'avis du docteur E_____ du 21 septembre 2016 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée depuis le 1^{er} mai 2016 ? Si non, pourquoi ?
12. Quel est le pronostic ?
13. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

II. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Julia BARRY

La présidente

Valérie MONTANI

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