

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3799/2011

ATAS/902/2013

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 18 septembre 2013**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame C\_\_\_\_\_, domiciliée au GRAND-LANCY, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître SEITENFUS Roman          recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, Service juridique, rue des Gares 12, GENEVE          intimé

---

**Siégeant : Karine STECK, Présidente.**

---

### **EN FAIT**

1. Par décision du 24 juin 2008, Madame C \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée) a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité avec effet rétroactif, du 1<sup>er</sup> août 2006 au 30 novembre 2007, puis d'une demi-rente, dès le 1<sup>er</sup> février 2008.
2. Une révision du dossier de l'assurée a été entamée le 21 avril 2009. Dans ce cadre, une expertise rhumatologique et psychiatrique a été demandée aux Drs D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, du CENTRE D'EXPERTISES MEDICALES (CEMed), lesquels ont rendu leur rapport le 22 février 2010.

Sur le plan somatique, les experts ont jugé que l'état de santé de l'assurée était compatible avec une activité sédentaire telle que celle de secrétaire médicale, précédemment exercée par l'assurée. Sur le plan psychique, ils ont estimé que la situation semblait s'être améliorée au point que le trouble dépressif ne devait plus être qualifié que de léger. Ils ont retenu également le diagnostic de trouble panique mais ont conclu que s'il était vraisemblable que l'assurée puisse perdre ses moyens quand elle est confrontée à un certain stress, cela ne justifiait pas une incapacité de travail.

3. Par décision du 3 octobre 2011, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI) a supprimé - avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de sa décision, soit dès le 1<sup>er</sup> décembre 2011 - la rente allouée jusqu'alors à l'assurée.

L'OAI, se référant au rapport du CEMed, a considéré que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré de manière significative en avril 2007 (recte : 2008), date à compter de laquelle elle avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de secrétaire médicale. Son droit à la rente s'était dès lors éteint trois mois plus tard, soit à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007 (recte : 2008).

L'OAI a dès lors supprimé la rente pour l'avenir, avec effet au 1<sup>er</sup> décembre 2011.

4. Par écriture du 10 novembre 2011, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> avril 2009.

L'assurée rappelle que les décisions initiales de l'OAI étaient justifiées par les atteintes à la santé suivantes : mastectomie bilatérale, capsulite rétractile, œdème

mammaire douloureux, sciatalgie du membre inférieur droit, coxarthrose bilatérale et trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et dépressive.

Elle souligne avoir fait deux tentatives de suicide en avril et en septembre 2011 et reproche aux experts d'avoir sous-estimé la sévérité de son trouble de l'humeur, en particulier sa fatigue, ses troubles du sommeil, sa perte d'intérêt, la réduction de ses activités et l'angoisse liée aux situations demandant un certain niveau de performance. Elle fait remarquer que la position du Dr D\_\_\_\_\_ est en complète contradiction avec les précédents rapports médicaux, notamment celui du Dr F\_\_\_\_\_, du SMR.

La recourante ajoute que, quand bien même on devrait admettre les conclusions du rapport du CEMed, son état de santé s'est aggravé depuis lors.

5. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 16 novembre 2011, a sollicité la production d'un certain nombre de documents médicaux.
6. Interrogé par la Cour de céans, le Dr G\_\_\_\_\_, psychiatre-traitant, a répondu en date du 29 novembre 2011 que la situation de sa patiente était complexe : troubles psychiques et physiques se mêlent depuis 2005 au moins.

Selon le médecin, les diagnostics psychiatriques mis en évidence en 2008 étaient les suivants : trouble somatoforme douloureux, trouble anxio-dépressif d'intensité moyenne en lien avec divers facteurs de stress et trouble asthénique. L'assurée souffrait alors de douleurs quotidiennes, d'une grande fatigue, de troubles du sommeil fluctuant, d'un abattement, d'une humeur triste, d'une faible estime de soi avec un sentiment d'incapacité, d'idées noires et d'une angoisse importante occasionnée par la précarité de sa situation financière et sa santé. Une psychothérapie avait été menée en complément de la prise en charge globale par le médecin-traitant et le trouble dépressif s'était progressivement amélioré sans pour autant disparaître complètement. Quant aux douleurs et la fatigue, elles avaient persisté. La thérapie s'était terminée en février 2009, avec une humeur améliorée mais fluctuante et la persistance du syndrome somatoforme douloureux, de la fatigue et d'accès d'angoisse intenses lors de certains événements.

L'assurée était revenue le consulter en mai 2010, sur demande de son médecin-traitant, inquiet de la sévérité de son état dépressif et de son épuisement dans un contexte de difficultés de couple et d'incertitudes. Le diagnostic d'état dépressif de sévérité fluctuante avait été confirmé et un traitement antidépresseur instauré. Le médicament étant mal supporté et son efficacité médiocre, il y avait été renoncé avec l'accord du médecin. Le soutien psychothérapeutique s'était poursuivi jusqu'en

juillet 2010 et avait permis une régression des symptômes purement dépressifs, avec persistance toutefois d'une humeur globalement triste, des douleurs, de la fatigue et des accès d'angoisse.

En avril 2011, l'assurée avait fait une tentative de suicide. Une thérapie de couple ayant été initiée, la thérapie psychiatrique avait été mise entre parenthèses car l'assurée ne disposait pas des ressources suffisantes pour suivre deux thérapies en parallèle.

En septembre 2011, l'assurée l'avait recontacté après une nouvelle tentative ayant entraîné une nouvelle hospitalisation. Les diagnostics retenus avaient été ceux d'épisode dépressif sévère et de troubles de la personnalité.

L'assurée était décrite comme très déprimée avec un sentiment d'incapacité et une perte d'intérêt pour quoi que ce soit, du désespoir et une incapacité à se présenter une issue favorable de la situation. Elle était désormais sous anxiolytiques mais se refusait à prendre des antidépresseurs qui, lors de tentatives précédentes, avaient occasionné de nombreux effets secondaires (troubles digestifs, troubles visuels, etc.) et n'avaient eu que peu d'effets.

7. Ce document a été communiqué à l'OAI qui, par écriture du 5 janvier 2012, après l'avoir soumis à son Service médical régional (SMR), a conclu qu'il n'y avait pas eu d'aggravation durable de l'état de santé depuis l'expertise du CEMed.

Le SMR relève qu'entre février 2009 et mai 2010, l'état de santé de l'assurée s'est amélioré et que le suivi psychothérapeutique a été interrompu. Le SMR estime qu'entre mai 2010 et la tentative de suicide d'avril 2011, aucun élément ne permet de justifier une incapacité durable de travail. Quant à la situation de crise d'avril 2011, elle doit être considérée comme résolue à la fin du suivi du CTB, en mai 2011, date à partir de laquelle il n'y a plus eu d'incapacité de travail. Le SMR en veut pour preuve que le psychiatre n'a plus vu l'assurée jusqu'en septembre 2011, après une nouvelle tentative de suicide. Depuis lors, la situation décrite par le psychiatre ne correspond pas à un épisode dépressif sévère ni même moyen. Le SMR ajoute que cet état dépressif doit toujours être considéré comme partie intégrante du trouble somatoforme douloureux. Le SMR estime par ailleurs que la recourante a failli à son obligation de réduire le dommage puisqu'elle se refuse à prendre un traitement approprié.

L'intimé souligne que les troubles retenus par le psychiatre traitant sont liés à des difficultés de couple et à l'impossibilité pour l'assurée d'affronter les jugements et

incompréhensions formulés à son encontre, facteurs qui doivent être considérés comme psychosociaux.

8. Par écriture du 9 janvier 2012, la recourante a produit un nouveau rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 23 décembre 2011 précisant que les diagnostics exacts retenus par les HUG puis le CTB sont ceux d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et d'autres troubles spécifiques de la personnalité. Le médecin ajoute que l'évolution de la capacité de travail, qui était estimée à 50 % en 2008, doit être faite au regard de l'état de santé global. Or, lui-même ne peut se prononcer que sur les aspects psychiques. De ce point de vue-là, les diagnostics qui ont un impact sur la capacité de travail en tant que secrétaire sont d'une part le trouble dépressif et d'autre part le trouble somatoforme douloureux. En fonction de la sévérité de l'un et de l'autre, la capacité de travail peut varier de 100% à 0%. Actuellement, l'incapacité est totale en raison de l'intensité du trouble dépressif, qui reste encore marquée.

En définitive, la recourante a persisté à demander la mise sur pied d'une expertise judiciaire eu égard à l'aggravation rendue plausible postérieurement à l'expertise diligentée par l'intimé.

9. Une audience tenue en date du 16 février 2012, au cours de laquelle a été entendu le Dr G\_\_\_\_\_ :

Le témoin a précisé d'emblée que ce n'est pas parce que les troubles de sa patiente présentent une composante saisonnière que cela les réduit strictement à cela.

Il a par ailleurs souligné que la situation diffère de ce qu'elle était en février 2010, au moment de l'expertise : sa patiente souffre désormais d'un état dépressif sévère. Son état a beaucoup fluctué depuis 2010. Au moment des fêtes 2011, il a atteint un degré de sévérité grave. En avril 2011 déjà, il y a eu une première tentative de suicide, suivie d'une seconde en septembre 2011. Admise aux urgences, l'assurée n'a pas eu un bon contact avec le personnel hospitalier, de sorte qu'elle a préféré continuer le traitement en ambulatoire, jusqu'à ce qu'en janvier 2013, elle finisse par demander son hospitalisation à la Clinique de Montana où les médecins ont tenté de mettre en place un traitement qu'elle puisse supporter car les tentatives précédentes se sont montrées peu efficaces et/ou mal supportées, avec beaucoup d'effets secondaires.

Le témoin s'est cependant dit dans l'incapacité de dater précisément l'aggravation de l'état de sa patiente, dont les troubles ont toujours beaucoup fluctué, avec une humeur dépressive réactionnelle plus ou moins vive suivant les périodes. Au

trouble dépressif s'ajoutent une anxiété extrêmement importante et un trouble somatoforme douloureux.

En principe, l'hospitalisation à Montana devrait se poursuivre jusqu'à la fin du mois de février.

Le médecin, qui a suivi l'assurée depuis 1998 pour divers épisodes dépressifs distincts, a émis un pronostic très sombre quant à une éventuelle récupération en termes de capacité de travail, même partielle. L'anxiété de sa patiente est telle qu'elle lui rend difficile même la gestion des tâches courantes quotidiennes.

Le témoin a expliqué avoir essayé de mettre l'assurée sous CITALOPRAM, ce qui a eu pour conséquence de nombreux effets secondaires (vomissements, troubles de l'accommodation visuelle, ...). Le traitement ne paraissant par ailleurs avoir aucun effet bénéfique objectivable mais provoquant au contraire une augmentation de l'anxiété, le médecin a avalisé son arrêt. S'il n'a pas prescrit d'autre antidépresseur, c'est qu'à cette période, c'était l'anxiété qui prédominait. Or, les pics d'anxiété ont toujours été traités chez l'assurée par anxiolytiques. Selon le médecin, il était alors admissible de limiter le traitement à ceux-ci dans la mesure où l'on considère, selon les règles de l'art, que lorsque le degré de l'état dépressif n'est pas grave, la prise d'antidépresseurs ne s'impose pas.

Selon le psychiatre traitant, c'est surtout l'anxiété qui a des conséquences en termes d'incapacité de travail chez sa patiente. Le trouble dépressif en a également, mais seulement lorsqu'il atteint le degré d'intensité moyenne ou sévère.

Le témoin a indiqué avoir eu, à la lecture de l'expertise du CEMed, le sentiment que la sévérité des troubles de sa patiente avait été largement sous-évalué. A titre d'exemple, il a relevé que l'expert relate que l'assurée se « disperse ». Or, il s'agit là, précisément, d'un symptôme typique de la panique, dont il n'a pas été tenu compte en tant que facteur incapacitant alors même que la moindre sollicitation de performance est source d'angoisse chez l'assurée et l'amène à perdre ses moyens.

Désormais l'assurée traverse un état dépressif majeur au sens strict. Ce n'est pas le premier, raison pour laquelle on peut conclure à un trouble dépressif récurrent. Toutefois, auparavant, elle a également souffert de troubles de l'adaptation avec humeur dépressive et anxieuse (en relation avec des facteurs de stress particuliers).

Les interruptions dans le suivi s'expliquent d'une part par une amélioration de l'état de la patiente, d'autre part, par le fait qu'elle a suivi d'autres thérapies (thérapie de couple en 2011, séances d'hypnose et d'acupuncture).

En définitive, le témoin a affirmé avoir la conviction profonde que l'assurée est dans l'incapacité totale, vu son état, d'exercer une activité.

10. A l'issue de cette audience, la cause a été suspendue jusqu'au 5 mars 2012, dans l'attente du rapport de sortie de la Clinique de Montana.

11. Le 5 mars 2012, la recourante a produit :

- un résumé d'intervention du CTB du 13 mai 2011 qui conclut principalement à des troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites; il est relevé que la prise en charge est difficile;

- un résumé d'intervention du CTB du 17 octobre 2011, concluant principalement à un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et, subsidiairement, à d'autres troubles spécifiques de la personnalité. Il ressort de ce document que la patiente a été adressée à l'unité suite à un tentamen médicamenteux et que l'assurée a refusé toute proposition de thérapie (traitement antidépresseur ou autre traitement psychotrope). Elle a été décrite comme ayant une grande difficulté d'élaboration psychique, extrêmement rigide, avec peu, voire aucune critique par rapport à son fonctionnement, axé sur un mode de défense passif/agressif.

12. Le 11 mai 2012, la recourante a produit le rapport d'hospitalisation de la Clinique de Montana, daté du 30 mars 2012, concluant à titre principal à un trouble dépressif récurrent épisode sévère. Il est indiqué qu'un traitement antidépresseur a été introduit, que l'assurée a accepté, mais avec une crainte telle des effets secondaires que la compliance sera mise à rude épreuve.

13. Le 2 août 2012, la recourante a également produit un rapport du Prof. H\_\_\_\_\_, du 25 juin 2012, attestant que l'état de sa hanche nécessite un arrêt de travail à 100 % suite à un changement de prothèse intervenu le 5 juin 2012.

14. Invité à se déterminer sur l'ensemble des nouveaux documents versés à la procédure, l'intimé s'est exprimé le 21 août 2012.

Il se réfère à l'avis de son SMR, qui estime que le psychiatre traitant n'apporte aucun argument convaincant pour justifier une incapacité totale de travail. Selon le SMR, il y a certes aggravation manifeste, mais il est évident qu'elle est temporaire et réactionnelle à des problèmes de couple. Quant au rapport d'hospitalisation de la CRR, le SMR estime qu'il ne fait que confirmer le côté réactionnel des

aggravations. Enfin, l'incapacité de travail attestée par le Prof. H\_\_\_\_\_ est postérieure à la décision litigieuse.

15. Par écriture du 31 octobre 2012, la recourante a persisté dans ses conclusions.

La recourante produit une nouvelle attestation du Prof. H\_\_\_\_\_ du 27 septembre 2012 dont il ressort qu'elle devra se servir d'une canne pendant trois mois et suivre des séances de physiothérapie pour renforcer la musculature du membre inférieur gauche. Sur le plan psychique, elle continue à demander une expertise.

16. Par écriture du 3 décembre 2012, l'intimé a persisté dans ses conclusions en alléguant que les atteintes mentionnées dans les écritures de la recourante sont réactives à des situations sociales et personnelles, ou transitoires, ou postérieures à sa décision.

17. Le 10 juillet 2013, la Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre sur pied une expertise judiciaire psychiatrique et leur a communiqué les questions qu'elle se proposait de poser à l'expert.

18. Par écriture du 30 juillet 2013, la recourante a indiqué ne pas avoir de questions supplémentaires à poser mais a demandé que l'expertise comporte également un pan somatique puisqu'il a été nécessaire de procéder au remplacement complet de sa hanche gauche.

19. Par écriture du 2 septembre 2013, l'intimé a fait savoir qu'il n'avait pas de question supplémentaire à poser.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, 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).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

3. Le recours, déposé dans les formes et délai prévus par la loi est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2009, comme elle le soutient.
5. La question préalable à l'examen d'éventuelles prestations à résoudre est de savoir comment a évolué l'état de santé de la recourante, en particulier sur le plan psychique.
6. 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 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3), étant précisé que les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).
7. En l'espèce, il convient de relever que le simple écoulement du temps jusqu'au prononcé de la décision ne suffit pas en soi à remettre en cause la valeur probante d'un avis médical jugé convaincant (ATF 9C\_351/2010 consid. 4.2). Mais en l'occurrence, il est allégué qu'une aggravation est intervenue sur le plan psychique durant ce laps de temps. Se pose aussi, notamment, la question de savoir si l'état psychique de l'assurée est principalement influé par des facteurs psychosociaux.

Il convient dès lors d'ordonner une expertise psychiatrique, laquelle sera confiée au Dr I\_\_\_\_\_.

Il apparaît inutile en revanche d'ajouter un volet somatique à l'expertise ainsi que le demande la recourante. En effet, le changement de prothèse qu'elle invoque à l'appui de sa requête est postérieur à la décision litigieuse et sort donc du cadre du litige soumis à la Cour de céans.

\*\*\*

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame C\_\_\_\_\_, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin.
2. Commet à ces fins le Dr I\_\_\_\_\_.
3. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
  1. Anamnèse.
  2. Données subjectives de la personne.
  3. Constatations objectives.
  4. Diagnostic(s).
  5. S'agissant des troubles psychiques, répondre aux questions suivantes:
    - a) L'assurée souffre-t-elle de troubles psychiques? Depuis quand? En particulier, retenez-vous le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ? Pourquoi ?
    - b) Quel est le degré de gravité de chacun des troubles mentionnés précédemment (faible, moyen, grave) ?
    - c) Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ?
    - d) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic?
    - e) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
    - g) L'assurée est-elle ralentie au point d'altérer sa capacité de travail ou d'adaptation ?
    - h) Quels sont les effets des troubles mis en évidence sur la capacité de l'assurée à gérer sa vie et ses affaires personnelles, tant administratives que financières ?

- i) Existe-t-il chez l'assurée des affections corporelles chroniques ?
  - j) Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
  - k) Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art ?
  - l) Existe-t-il chez l'assurée un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie) ?
  - m) L'assurée subit-elle une perte d'intégration sociale due aux affections diagnostiquées et, le cas échéant, quelles en sont les manifestations (décrire les situations de perte d'intégration par rapport à la période antérieure à l'apparition des troubles psychiques et celles sans perte d'intégration) ?
  - n) Dans quelle mesure peut-on exiger de l'assurée qu'elle mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ?
  - o) Selon vous, l'état dépressif doit-il être mis au premier plan par rapport aux douleurs ? Est-il antérieur ou postérieur à leur apparition ?
  - n) La compliance est-elle bonne ? Peut-on exiger de l'assurée qu'elle se soumette à un traitement et si oui, lequel ? Avez-vous le sentiment que l'assurée fait preuve de mauvaise volonté sur ce point ? Est-il exact que les effets secondaires subis par le passé soient de nature à dissuader l'assurée de se soumettre à un nouveau traitement ?
6. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, de l'activité habituelle et d'une activité lucrative adaptée et indiquer en quoi pourrait consister celle-ci.
  7. Indiquer l'évolution du taux d'incapacité de travail, en pourcent, depuis juin 2008, en ne tenant compte que des véritables limitations dues aux atteintes et non d'éventuels facteurs psychosociaux.
  8. Une aggravation est-elle survenue depuis l'expertise du CEMed du 22 février 2010 ?
  9. Si l'état de santé s'est modifié au fil du temps, préciser la date de ces changements et leur contexte. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

10. L'assurée dispose-t-elle encore de ressources ?
  11. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle et indiquer en quoi devrait consister celle-ci.
  12. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
  13. Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants et indiquer - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés (cf. notamment l'expertise du CEMED).
  14. Formuler un pronostic global.
  15. Toute remarque utile et proposition.
4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans.
  5. Fixe aux parties **un délai de 10 jours** dès réception de la présente pour une éventuelle récusation de l'expert nommé;
  6. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le