

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3872/2015

ATAS/327/2016

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 28 avril 2016**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au GRAND-SACONNEX

Recourant

contre

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

Intimé

---

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1970, d'origine portugaise, marié et père de trois enfants, est arrivé en Suisse en 1976. Après le cycle d'orientation, il a commencé un apprentissage de monteur-électricien pendant quatre ans, sans obtenir le certificat fédéral de capacité (CFC), l'apprentissage ayant été interrompu par un accident de l'épaule. Il a ensuite travaillé comme aide monteur-électricien, au service informatique du département de l'action sociale et de la santé, puis comme aide horloger. Après avoir obtenu en 1999 un certificat d'administrateur réseau système, des placements par l'assurance-chômage et une période de chômage, il a travaillé dans la restauration, en dernier lieu pour B\_\_\_\_\_ SA en tant que manager. Ce contrat a été résilié pour le 30 avril 2012.
2. Le 21 octobre 2011, l'intéressé a subi un accident provoquant une déchirure du ligament scapho-lunaire du poignet droit qui a fait l'objet d'une reconstruction chirurgicale le 21 février 2012.
3. Selon le certificat médical du 24 juillet 2012 du docteur C\_\_\_\_\_, chirurgien de la main, du Centre de chirurgie et thérapie de la main, l'évolution après la reconstruction chirurgicale est favorable. Le patient est encore en rééducation. Une reconversion professionnelle évitant les charges lourdes et la restauration rapide permettrait de le réinsérer plus rapidement dans le circuit du travail.
4. Selon le certificat de travail du 30 avril 2012 de B\_\_\_\_\_ SA, l'intéressé exécutait les tâches suivantes : tenue des caisses enregistreuses, accueil des clients, manipulation du cuiseur-vapeur et de la machine à boissons, gestion d'une petite équipe, préparation des plats, ouverture et fermeture du restaurant, prise et service des commandes et transfert des aliments du local stock à la cuisine.
5. Dès le 17 juin 2012, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté une pleine capacité de travail.
6. Dès le 23 novembre 2012, une incapacité de travail totale pour cause de maladie est attestée.
7. Par son courrier du 19 août 2013, le docteur C\_\_\_\_\_ a adressé l'assuré au Dr D\_\_\_\_\_ des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour un bilan. Selon le Dr C\_\_\_\_\_, le patient souffre d'un état dépressif récurrent associé à des attaques de panique et une agoraphobie d'apparition récente et d'un trouble du sommeil. Les symptômes sont consécutifs à un licenciement mal vécu en mai 2012 et à un stress dans le contexte familial. Il souffre par ailleurs d'une succession de problèmes somatiques, à savoir déchirure du ligament scapho-lunaire, opéré en mars 2012, un abcès sacro-coccygien, opéré en avril 2012, et dernièrement de lombosciatalgies traitées conservativement et nécessitant d'importantes doses antalgiques.

8. Selon le rapport du 9 septembre 2013 des docteurs E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ du service des spécialités psychiatriques des HUG, programme des troubles de l'humeur, l'intéressé présente un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique. Il ressort de l'anamnèse notamment que la mère de l'intéressé est décédée lorsqu'il avait douze ans. Le premier épisode dépressif remonte environ à 2006, suite à des problèmes professionnels. En 2012, il a de nouveau développé progressivement un syndrome dépressif, lequel s'est accentué en printemps 2013 avec une anxiété massive, marquée par des attaques de panique, des difficultés à se concentrer, aboulie, anhédonie, insomnies importantes, épuisement, tristesse et idées noires. Les facteurs de stress étaient le licenciement en mai 2012, des tensions familiales et l'accident de la main droite en 2011. Depuis juin 2013, grâce à un traitement médicamenteux, il y avait une légère amélioration clinique au niveau du sommeil, mais non pas au niveau de la dépression.
9. Dans le cadre de la détection précoce de l'invalidité, un entretien d'évaluation a eu lieu le 5 novembre 2013. Selon le procès-verbal y relatif, l'assuré a déclaré être toujours limité dans ses mouvements au poignet droit et d'y ressentir des douleurs lors d'efforts. Le port de charges lourdes était difficile. Suite à son opération et à son licenciement, il avait développé un état dépressif. L'assuré se plaignait d'insomnies, d'épuisement, d'angoisses avec attaques de panique et d'agoraphobie. A cela s'ajoutait une hernie discale, pour laquelle aucune opération n'était envisagée. Cette hernie provoquait des douleurs dans la jambe droite, ainsi que des fourmillements. Il était suivi par un psychiatre, le docteur C\_\_\_\_\_, à raison d'une séance tous les quinze jours et prenait un traitement antidépresseur, ainsi que des somnifères. Dans le cadre de son dernier emploi, il devait gérer une équipe, était responsable de la formation des collaborateurs, de l'ouverture/fermeture du restaurant, des commandes et de l'entretien des locaux. Il avait subi un stress et des pressions importants et avait dû beaucoup travailler, sans obtenir une reconnaissance du travail. Il avait aussi subi les brimades du patron. Après la perte de son emploi, il avait essayé de chercher du travail, mais il était déjà en dépression et cela se voyait. Depuis juillet 2012, il était inscrit au chômage. Il présentait une limitation pour le port de charges et le travail répétitif. Il n'avait par ailleurs pas d'idées concernant un travail qu'il pourrait effectuer, si ce n'est que la comptabilité. Il avait beaucoup de peine à se projeter dans l'avenir. Concernant sa situation sociale, il ne voyait plus sa famille depuis plus de dix ans et n'avait pas d'amis.
10. Par demande déposée en novembre 2013, l'assuré a requis les prestations de l'assurance-invalidité.
11. Dans son rapport reçu le 19 décembre 2013 à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI), le docteur F\_\_\_\_\_, généraliste, a posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de dépression réactionnelle.

Le diagnostic de lombosciatique, ayant nécessité d'infiltrations, était sans répercussion sur la capacité de travail. Celle-ci était nulle depuis qu'il suivait le patient, à savoir le 26 mars 2013. Dans les limitations, ce médecin a mentionné que le port de charges lourdes avec le poignet droit était déconseillé. On pouvait s'attendre à la reprise d'une activité professionnelle, selon le travail. Il convenait toutefois d'envisager une réinsertion ou reconversion professionnelle.

12. Dans son rapport du 17 janvier 2014, le Dr D. C\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, d'agoraphobie avec trouble panique et d'insomnie non organique. La capacité de travail était nulle depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013. Le psychiatre traitant observait que le patient se montrait très négatif par rapport à ses chances de retrouver un emploi, alors même que son curriculum vitae montrait une grande capacité d'adaptation et de multiples exemples de sa polyvalence. L'assuré estimait avoir besoin d'une reconversion, dès lors qu'il ne pouvait plus effectuer les tâches physiques qu'il faisait auparavant. Il peinait à définir une nouvelle activité professionnelle, n'ayant qu'une formation de base manuelle et ne pouvant plus soutenir des efforts physiques importants, notamment au niveau du poignet droit et du dos. Dans son pronostic, le Dr C\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré se trouvait dans une situation d'impasse professionnelle, si un soutien pour une reconversion ne lui était pas proposé. L'assuré avait fait preuve de beaucoup de résilience, mais était las et désillusionné de ses chances de trouver une solution par lui-même. Sur le plan psychologique, cela se traduisait par un état dépressif récurrent et un trouble anxieux. Ces troubles étaient en partie imputables à sa situation de vie et ne devaient pas l'empêcher de retrouver un jour une capacité de travail, en fonction de l'aide que l'assurance-invalidité pourrait lui donner.
13. Selon le rapport du 8 juillet 2014 du Dr F\_\_\_\_\_, l'état de santé de l'assuré s'est aggravé, l'assuré ayant subi un nouvel épisode lombosciatique le 6 mai 2014 qui a nécessité deux infiltrations. Depuis le 20 juin 2014, l'état est cependant de nouveau stabilisé. Une faiblesse du poignet droit persiste. Sa capacité de travail est nulle en tant que manager dans la restauration rapide, mais de 100 % dans une activité adaptée, tel qu'un travail de bureau ou tout autre emploi ne nécessitant pas de porter des charges lourdes. La compliance est optimale et il y a une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique.
14. Selon le rapport du 21 juillet 2014 du Dr D. C\_\_\_\_\_, l'assuré souffre toujours d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique. L'agoraphobie avec trouble panique est en nette régression et n'a plus d'effet sur la capacité de travail. Il en est de même pour l'insomnie non organique. La symptomatologie psychiatrique est en amélioration, même si la symptomatologie dépressive se maintient en lien avec les douleurs et les incertitudes quant à son

avenir professionnel. L'évolution est ainsi favorable d'un point de vue psychologique. L'assuré s'est montré actif en vue d'améliorer sa santé psychique en se faisant opérer du nez pour supprimer son syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil, en date du 18 février 2014. Son sommeil s'en est retrouvé globalement amélioré. Un nouveau traitement médicamenteux a également participé à cette amélioration. Les limitations sont surtout somatiques. Sur le plan psychique, l'assuré reste inquiet pour son avenir et souffre de difficultés financières. La capacité de travail est nulle dans l'ancienne profession, mais de 100 % dans une activité adaptée. Une reconversion est souhaitée et il serait judicieux que l'activité lucrative soit reprise progressivement.

15. Selon le rapport du 19 décembre 2014 du docteur G\_\_\_\_\_, l'assuré souffrait d'une névralgie cervico-brachiale gauche de type C7 sur hernie discale C6-C7 gauche. Dès lors que l'évolution était plutôt favorable après quelques semaines de traitement conservateur, le Dr G\_\_\_\_\_ a encouragé le patient à poursuivre par cette voie. La symptomatologie des tunnels carpiens semblait davantage en relation avec la protrusion C5-C6 bilatérale, laquelle pourrait éventuellement être une indication pour une décompression chirurgicale.
16. Dans son rapport du 22 janvier 2015, le docteur H\_\_\_\_\_ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) a constaté que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais de 100 % dans l'activité adaptée. Quant aux limitations fonctionnelles, il a retenu le port de charges lourdes. Dès le 17 janvier 2014, des mesures de réadaptation étaient possibles.
17. Le 1<sup>er</sup> juin 2015, l'OAI a calculé la perte de gain dans une activité adaptée et a conclu que celle-ci était nulle. Ce faisant, il a pris en considération une réduction de 10% des salaires statistiques, pris en considération à titre de salaire d'invalidé, pour tenir compte des handicaps.
18. Le 12 juin 2015, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser les mesures professionnelles et une rente d'invalidité. Il a retenu que, selon le SMR, sa capacité de travail était de 100 % à compter du 17 janvier 2014. Ainsi, au moment où le droit aux prestations aurait pu naître, à savoir six mois après le dépôt de la demande, il ne subissait plus d'incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Par ailleurs, sa perte de gain dans une telle activité était nulle. Or, le droit aux mesures professionnelles supposait un degré d'invalidité de 20%.
19. Dans son certificat du 29 juin 2015, le Dr F\_\_\_\_\_ s'est étonné du refus des mesures de reconversion professionnelle, dès lors que son patient continuait à souffrir des lombaires, ainsi que d'une névralgie cervico-brachiale gauche souvent

invalidante. Son état de santé était incompatible avec sa profession antérieure dans la restauration.

20. Dans son certificat médical du 30 juin 2015, le Dr D. C\_\_\_\_\_ s'en est également étonné. Ce refus avait pour effet d'amplifier la détresse de l'assuré qui se sentait incompris et non soutenu dans son attente d'être aidé pour une reconversion. Ce refus était de nature à l'enfoncer dans une dépression sévère. Par ailleurs, une évaluation des compétences dans une activité intellectuelle et un soutien dans le temps semblaient absolument indispensables, afin de pouvoir garantir à l'assuré un retour dans le monde du travail.
21. Par courrier du 9 juillet 2015, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI et lui a reproché de ne pas avoir pris en considération la névralgie cervico-brachiale/hernie discale associée à une uncarthrose avec rétrécissement du canal radiculaire, ni le fait qu'il devait subir des infiltrations de la racine et de l'espace épidual régulièrement. Par ailleurs, tous ses médecins traitants avaient conditionné la reprise du travail à une aide pour une réinsertion, respectivement des mesures professionnelles. Quant aux limitations fonctionnelles sur le plan physique et psychique (capacité de concentration et résistance limitée), il ne voyait pas quel travail il pourrait aujourd'hui accomplir sans mesures professionnelles idoines. L'assuré a en outre contesté le calcul de la perte de gain.
22. Dans son avis médical du 17 septembre 2015, le Dr H\_\_\_\_\_ du SMR a constaté que l'assuré n'avait pas apporté de pièces médicales susceptibles de faire changer les conclusions médicales dudit service, raison pour laquelle il les a maintenues.
23. Par décision du 2 octobre 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision précité.
24. Par acte du 5 novembre 2015, l'assuré a recouru contre cette décision, en concluant à son annulation, à l'octroi de mesures professionnelles et à un nouveau calcul de sa perte de gain. Il a repris ses précédents arguments et a souligné qu'il ne voyait pas quel travail adapté il pourrait aujourd'hui envisager sans mesures professionnelles idoines. L'intimé n'avait par ailleurs pas déterminé le moment à compter duquel il serait apte à exercer une activité adaptée, de sorte qu'il n'était pas exclu qu'il pût prétendre à une rente d'invalidité, à tout le moins provisoire. Il a ainsi jugé nécessaire de compléter l'instruction par des demandes de renseignements auprès de ses médecins traitants, voire par une expertise pluridisciplinaire afin d'apprécier convenablement sa situation et de déterminer l'activité adaptée. Enfin, il y avait lieu de revoir le calcul du taux d'invalidité et de lui octroyer une réduction supplémentaire supérieure à 10 % du salaire statistique pris en considération à titre de revenu avec invalidité.
25. Dans sa réponse du 24 novembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours en rappelant que les médecins traitants avaient considéré eux-mêmes que le recourant

disposait d'une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles du recourant constituaient des mesures classiques d'épargne qui permettaient un nombre significatif d'activités adaptées sur le marché du travail. Quant au calcul du taux d'invalidité, l'intimé a considéré que l'abattement de 10 % était conforme au droit, dès lors que les limitations fonctionnelles n'empêchaient pas la mise en valeur de la capacité de travail et qu'il y avait aucun autre élément déterminant pouvant justifier une réduction supérieure au taux retenu. Il se justifiait de prendre en considération du salaire statistique pour les activités simples et répétitives, à titre de revenu avec invalidité, ce salaire statistique étant suffisamment représentatif de ce que les personnes empêchées de reprendre leur ancienne activité seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides, dès lors qu'il recouvrait un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et étant compatibles avec les limitations fonctionnelles présentées. Quant au revenu sans invalidité retenu, il se justifiait de prendre en compte le salaire effectif réalisé par la personne assurée avant la survenance de l'invalidité. Il n'était ainsi pas critiquable que l'intimé se fût référé à l'extrait de compte individuel du recourant. Enfin, les conditions pour l'octroi des mesures de réadaptation n'étaient pas remplies.

26. Dans sa réplique du 28 janvier 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a allégué que son état de santé ne cessait de se détériorer. Il a répété qu'il convenait de procéder à des investigations supplémentaires, en interpellant notamment les différents spécialistes qui l'avaient examiné. Il n'y avait aucune raison que l'avis médical du médecin du SMR ne prît le pas sur les avis de ses médecins, sans autre instruction, alors que l'avis de ces derniers étaient concordants. Pour le surplus, il a repris ses précédents arguments.
27. A la demande de la chambre de céans, le Dr F\_\_\_\_\_ a précisé le 19 février 2016 les limitations du recourant sur le plan physique. Celles-ci étaient les suivantes: anté-flexion du tronc, diminution de la force d'extension des deux avant-bras, rotation de la tête au-delà 45 degrés des deux côtés, diminution de l'extension de l'avant-bras droit. Ce praticien a également fait état des plaintes du recourant et a enfin recommandé de compléter son rapport par une expertise confiée à un spécialiste en chirurgie orthopédique.
28. Dans son avis médical du 2 mars 2016, le docteur I\_\_\_\_\_ du SMR a noté en particulier que le Dr F\_\_\_\_\_ a retenu des limitations d'épargne du dos et une diminution de force dans les deux bras, mais non pas de limitations au niveau du poignet droit ni du côté droit. Il y avait ainsi lieu de maintenir les conclusions précédentes.

29. Dans ses écritures du 7 mars 2016, l'intimé a relevé que les douleurs rapportées ne trouvaient que peu de substrat organique, selon le Dr F\_\_\_\_\_, de sorte qu'elles ne pouvaient être retenues.

30. Entendu le 24 mars 2016 par la chambre de céans, le recourant a déclaré ce qui suit:

"Je ne vois pas quelle activité je pourrais actuellement exercer. Je suis limité aussi bien au niveau physique qu'au niveau psychique.

Le Dr C\_\_\_\_\_ est mon psychiatre traitant. Il préconisait en juin 2015 une reprise du travail petit à petit.

J'ai beaucoup de problèmes psychiques, notamment aussi en raison des troubles psychiques de ma femme qui a dû être hospitalisée et qui a fait une tentative de suicide récemment. A cela s'ajoutent le décès de mon père en décembre 2015 et le harcèlement sexuel de ma fille. De ce fait, je suis actuellement totalement incapable de travailler, ce que le Dr C\_\_\_\_\_ a également attesté, et ne pourrais pas non plus essayer de reprendre le travail petit à petit, comme préconisé auparavant par le Dr C\_\_\_\_\_. En raison de ces facteurs de stress que je gère mal, je dois reprendre également des anxiolytiques en plus des antidépresseurs. Néanmoins, j'ai de la peine à me lever le matin et je n'arrive pas à dormir, indépendamment des douleurs dont je souffre en permanence.

Je demande la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pour déterminer mes atteintes à la santé.

Après la perte de mon emploi, je m'étais inscrit au chômage, lequel m'a payé des indemnités perte de gain en cas d'incapacité de travail passagère jusqu'au début 2014.

Au vu de mon état de santé actuel, je conclus à l'octroi d'une rente."

Quant à l'intimé, il a refusé d'entrer en matière sur l'octroi d'éventuelles mesures professionnelles, dès lors que l'aggravation était postérieure à la décision querellée et que le recourant se disait actuellement totalement incapable de travailler.

31. Le 7 avril 2016, la chambre de céans a fait savoir aux parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique et de la confier au docteur J\_\_\_\_\_, psychiatre. Elle leur a également communiqué la mission de l'expert.

32. Dans son avis médical du 14 avril 2016, le Dr I\_\_\_\_\_ du SMR ne s'est pas opposé au choix de l'expert et a suggéré de compléter la mission de celle-ci.

33. Par avis du 18 avril 2016, l'intimé s'est rallié à l'avis du SMR précité.

34. Par écriture du 24 avril 2016, le recourant a accepté le choix de l'expert et sa mission.

### **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). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise. Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; ATF non publié 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3).

2. En l'occurrence, les Drs F\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ sont unanimes de considérer que le recourant ne pourrait mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle qu'à condition de bénéficier de mesures de réinsertion. Il se pose dès lors la question de savoir si le recourant subit une incapacité de travail totale, tant que ces mesures n'ont pas été réalisées, au vu de sa fragilité psychique mise en évidence par les psychiatres. La réponse à ces questions dépend notamment de celle de savoir si le recourant est en mesure de s'adapter par ses propres moyens pour mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle.

L'état psychique du recourant n'ayant jamais fait l'objet d'une investigation approfondie par un spécialiste en la matière, il s'avère nécessaire de soumettre le recourant à une expertise psychiatrique judiciaire.

3. Celle-ci sera confiée au Dr J\_\_\_\_\_.
4. Quant à la mission de l'expert, l'intimé souhaite que celui-ci se positionne également sur l'évaluation du Dr D. C\_\_\_\_\_ et qu'il explique le cas échéant les raisons de son désaccord. La chambre de céans ne voit pas d'objection d'ajouter cette question à la mission de l'expert.

\*\*\*

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

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr J\_\_\_\_\_.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de Monsieur A\_\_\_\_\_.
  - Examiner personnellement l'expertisé.
  - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisé, en particulier des médecins traitants.
  - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.
  - Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :
1. Quels sont vos diagnostics sur le plan psychiatrique dans une classification internationale reconnue ?
  2. Quelles limitations engendrent les atteintes psychiatriques diagnostiquées ?
  3. Quelle est la capacité de travail de M. A\_\_\_\_\_ sur le plan psychiatrique dans une activité adaptée à ses limitations physiques et psychiques?
  4. Des mesures de réadaptation sont-elles une condition sine qua non pour permettre à M. A\_\_\_\_\_ de mettre en valeur son éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée? En d'autres termes, serait-il en mesure par ses propres moyens de se réinsérer dans le marché du travail ou l'exécution d'une mesure de réadaptation est-elle un préalable indispensable à la réussite de la réinsertion professionnelle?
  5. Depuis quand sa capacité de travail est-elle diminuée sur le plan psychiatrique et comment celle-ci a-t-elle évolué depuis novembre 2012 ?
  6. Partagez-vous les appréciations du Dr C\_\_\_\_\_ et, dans la négative, pour quelle raison vous en écarterez-vous ?
  7. Quelle est la compliance ?
  8. Le traitement médical est-il optimal ?

9. Quel est votre pronostic ?

10. Quelles autres observations avez-vous éventuellement à ajouter ?

D. Invite le Dr J\_\_\_\_\_ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

E. 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