20 janvier 2025
Tribunal judiciaire de Meaux
RG n° 23/00443

CTX PROTECTION SOCIALE

Texte de la **décision**

Entête

TRIBUNAL JUDICIAIRE

de MEAUX

Pôle Social

Date : 20 Janvier 2025

Affaire :N° RG 23/00443 - N° Portalis DB2Y-W-B7H-CDGQL

N° de minute : 25/00023

RECOURS N° :
Le

Notification :

Le

A
1 CCC à Me CALAMARI
1 CCC 0 Me LE PAPE
1 CCC aux parties
JUGEMENT RENDU LE VINGT JANVIER DEUX MIL VINGT CINQ

PARTIES EN CAUSE

DEMANDEUR

Monsieur [K] [Z]
[Adresse 1]
[Localité 3]

présent et assisté par Maître Vanessa CALAMARI, avocat au barreau de MEAUX,

DEFENDERESSES

Organisme CPAM DE SEINE ET MARNE
[Localité 4]

représentée par Madame [M] [B] agent audiencier

S.A.S. [6]
[Adresse 2]
[Localité 5]

représentée par Maître Cédric LE PAPE, avocat au barreau de PARIS,

COMPOSITION DU TRIBUNAL LORS DE L'AUDIENCE

Monsieur Nicolas NOVION, juge placé délégué au tribunal judiciaire de Meaux dans les fonctions de juge non spécialisé par ordonnance du premier président de la cour d'appel de Paris en date du 9 juillet 2024

Assesseur : Madame Sandrine AMAURY,
Assesseur : Monsieur Bruno GIBERT,
Greffier : Madame Diara DIEME, Adjointe administrative faisant fonction de greffier

DÉBATS

A l'audience publique du 02 décembre 2024.

Exposé du litige

==========
EXPOSE DU LITIGE

Selon déclaration d'accident du travail, rédigée le 18 juin 2021 par l'employeur, Monsieur [K] [Z], menuisier au sein de la SAS [6], a indiqué avoir été victime d'une « lombalgie » le 03 juin 2021 alors qu'il portait des poids de plus de 60 kg.

Le certificat médical initial, daté du 04 juin 2021, constatait : « G LOMBOSCIATIQUE ».

Par courrier du 17 juin 2021, la caisse primaire d'assurance maladie de la Seine-et-Marne (ci-après, la caisse) a informé Monsieur [K] [Z] de la prise en charge de son accident au titre de la législation sur les risques professionnels.

Par courrier du 16 janvier 2023, la caisse a informé Monsieur [K] [Z] que le médecin conseil envisageait de fixer la date de consolidation de son état de santé au 31 janvier 2023.

Un taux d'incapacité permanente (IP) de 7% a ensuite été attribué à Monsieur [K] [Z] par le médecin conseil de la caisse, au regard de « séquelles d'une lombosciatique traitée médicalement consistant en la persistance d'une raideur douloureuse du rachis dorso-lombaire avec existence d'un état antérieur ».

Monsieur [K] [Z] a sollicité auprès de la caisse la reconnaissance amiable de la faute inexcusable de son employeur dans l'accident du travail dont il a été victime le 03 juin 2021 puis, après carence à conciliation notifiée le 22 octobre 2022, il a saisi le pôle social du tribunal judiciaire de Meaux par requête enregistrée le 31 juillet 2023 aux fins de voir de reconnaître la faute inexcusable de la SAS [6] dans son accident du travail du 03 juin 2021.

Après plusieurs renvois en mise en état, l'affaire a été appelée à l'audience du 02 décembre 2024 pour y être plaidée, avec mise en place d'un calendrier de procédure.

Monsieur [K] [Z], assisté de son conseil, reprend les termes de sa requête et demande au tribunal de :
le dire recevable et bien fondé en ses demandes ;dire que la SAS [6] a commis une faute inexcusable ;En conséquence, dire que l'indemnité ou la rente fixée par la caisse sera majorée ;dire qu'il percevra la somme de 5.000,00 euros à titre d'indemnité provisionnelle ;désigner tel expert judiciaire avec pour mission, notamment, de déterminer les dommages qui sont imputables à la faute inexcusable de la SAS [6] et de fixer la date de consolidation ;dire que l'expert accomplira sa mission conformément aux dispositions des articles 232 à 248 et 263 et suivants du code de procédure civile ; qu'en particulier il pourra recueillir les déclarations de toutes personnes informées et se faire remettre par quiconque les détiendrait – avec l'accord du patient ou de ses ayants-droits s'agissant de pièces de son dossier médical – tous les documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission ; qu'en outre, il pourra prendre l'initiative de s'adjoindre le concours de tout technicien d'une spécialité différente de la sienne dont l'avis apporterait un éclaircissement sur les questions à examiner ;dire que de ses constatations et conclusions, l'expert dressera un rapport écrit qu'il déposera en deux exemplaires au greffe du tribunal dans les quatre mois à compter de la notification de la décision et que, dans le même temps, il fera parvenir une copie de ce rapport aux parties et à leur avocat ;dire le jugement commun à la caisse et opposable à l'employeur ;ordonner l'exécution provisoire ;condamner le ou les succombants à lui régler la somme de 1.500,00 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile et aux entiers dépens.
Il fait valoir que son employeur était informé de son état de santé et notamment de sa restriction au port de charges supérieur à 25 kg depuis son embauche en 2016 et qu'il ne pouvait donc ignorer les risques dus au port manuel de charges. Ainsi, malgré les restrictions médicales, il souligne qu'aucune adaptation n'a été apportée à son poste, où il portait des charges supérieures à 25 kg, et qu'il a été déclaré inapte à son poste sans possibilité de reclassement à la suite de son accident du travail.

La SAS [6], par conclusions en défense soutenues oralement, demande au tribunal de :

dire qu'elle n'a commis aucune faute inexcusable ;En conséquence,

dire Monsieur [K] [Z] irrecevable et non fondé en ses demandes, et notamment :
rejeter la demande tendant à faire majorer l'indemnité ou la rente fixée par la caisse ;rejeter la demande de Monsieur [K] [Z] tendant au versement de la somme de 5.000,00 euros à titre d'indemnité provisionnelle ;rejeter la demande tendant à la désignation d'un expert judiciaire ;
En tout état de cause,

condamner Monsieur [K] [Z] à lui verser une somme de 3.500,00 euros sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile ;condamner Monsieur [K] [Z] au remboursement des frais et débours que la SAS [6] a été amenée à exposer.
Au soutien de ses prétentions, la société indique que Monsieur [K] [Z] souffrait de douleurs lombaires préalablement à

son embauche, et que la médecine du travail avait préconisé dès 2016 qu'il évite le port de charges de plus de 25 kg. Elle précise, s'agissant des circonstances de l'accident, que les portes installées pesaient chacune 47 kg et que l'intéressé travaillait en binôme, de sorte qu'il a eu à porter individuellement une charge inférieure à 25 kg. Enfin, elle produit une seconde attestation du binôme de Monsieur [K] [Z] le jour des faits, qui revient sur sa première attestation en indiquant l'avoir rédigée sous la contrainte de la victime.

De son côté, la caisse déclare s'en remettre sur le fond à la sagesse du tribunal sur la demande de reconnaissance de la faute inexcusable. En outre, elle demande au tribunal de :

condamner la société ou son mandataire à lui rembourser le montant des sommes dont elle devra faire l'avance, en application des articles L452-2 et L452-3 du code de la sécurité sociale ;mettre définitivement à la charge de l'employeur ou de son mandataire les frais d'expertise.
Elle s'oppose enfin à ce que l'expert soit missionné sur la demande de fixation de la date de consolidation de l'état de santé de Monsieur [K] [Z] et rappelle que cette date a été fixée selon notification du 16 janvier 2023, sans aucun recours en contestation de l'intéressé.

Pour un plus ample exposé des moyens de l'ensemble des parties, il convient de se référer à leurs pièces et conclusions débattues oralement à l'audience.

A l'issue de l'audience, les parties ont été avisées que l'affaire était mise en délibéré au 23 décembre 204 et prorogé au 20 janvier 2025..

Motivation

MOTIFS DE LA DECISION

Sur la recevabilité de l'action

Il résulte de l'article L431-2 du code de la sécurité sociale que les droits de la victime ou de ses ayants droit aux prestations et indemnités prévues par le présent livre se prescrivent par deux ans à compter notamment du jour de l'accident, de la clôture de l'enquête ou de la cessation de paiement des indemnités journalières.

En l'espèce, Monsieur [K] [Z] a perçu des indemnités journalières au moins jusqu'au 17 novembre 2022 (courrier de la caisse daté du 18 novembre 2022). Au regard des pièces fournies, il convient de considérer que délai de prescription biennale a donc pu commencer à courir à compter de cette date.

En l'absence de cause d'interruption du délai de prescription biennale édicté par l'article L431-2 du code de la sécurité sociale, la prescription n'était donc pas acquise lorsque Monsieur [K] [Z] a saisi le pôle social du tribunal judiciaire de Meaux au moyen d'une requête reçue au tribunal le 1er août 2023, tendant à la reconnaissance de la faute inexcusable de son employeur.

L'action sera donc déclarée recevable.

Sur l'existence d'une faute inexcusable de l'employeur

L'article L452-1 du code de la sécurité sociale dispose que « lorsque l'accident est dû à la faute inexcusable de l'employeur ou de ceux qu'il s'est substitués dans la direction, la victime ou ses ayants droit ont droit à une indemnisation complémentaire dans les conditions définies aux articles suivants. »

En vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers ce dernier d'une obligation légale de sécurité et de protection de la santé, notamment en ce qui concerne les accidents du travail. Le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable, au sens du texte susvisé, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver.

Il est indifférent que la faute inexcusable commise par l'employeur ait été la cause déterminante de l'accident subi par le salarié. Il suffit qu'elle en soit une cause nécessaire pour que la responsabilité de l'employeur soit engagée, alors même que d'autres fautes – en ce compris la faute d'imprudence de la victime - auraient concouru au dommage.

Il incombe au salarié de prouver que son employeur, qui devait avoir conscience du danger auquel il était exposé, n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver. Néanmoins, la faute inexcusable de l'employeur est présumée lorsque le travailleur ou un représentant du personnel au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail avaient signalé à l'employeur le risque qui s'est matérialisé.

En l'espèce, la prise en charge de l'accident dont Monsieur [K] [Z] a été victime le 03 juin 2021 au titre de la législation professionnelle n'est pas contestée.

Sur la présomption de la faute inexcusable

Monsieur [K] [Z] soutient qu'il avait signalé à la SAS [6] le risque qu'il encourait, et que ce risque s'est effectivement matérialisé lors de l'accident du travail du 03 juin 2021.

Il est en effet constant que le certificat délivré par le médecin du travail le 17 octobre 2016 l'a déclaré apte avec restriction, préconisant un port de charges limité à 25 kg. Dès lors, l'employeur était parfaitement informé du risque d'accident pour le salarié, qui s'est matérialisé le 03 juin 2021.

Il revient donc à la SAS [6] de prouver que, consciente du danger, elle n'a commis aucun manquement à son obligation légale de sécurité et de protection de la santé à l'égard de Monsieur [K] [Z].

Sur l'obligation légale de sécurité et de protection de la santé

Si la SAS [6] souligne que les salariés travaillaient constamment en binôme et que des nacelles étaient utilisées sur les chantiers, il n'en reste pas moins que Monsieur [K] [Z] a été mobilisé sur un chantier impliquant le port de charges au moins égales à 47 kg, sans que la preuve d'une organisation du travail à deux pour le port de telles charges ne soit apportée. En effet, si la présence de binômes sur les chantiers de l'entreprise est plausible, rien n'indique en revanche de manière objective que la mobilisation systématique et effective d'une autre personne pour les opérations de portage, prenant en considération les restrictions concernant Monsieur [K] [Z], ait été mise en œuvre par la société.

Dès lors, et sans qu'il soit nécessaire de trancher la question du poids réel des portes soulevées par la victime le 03 juin 2021, dont il est constant qu'il était au moins égal à 47 kg, il apparaît que la SAS [6] a manqué à son obligation légale de sécurité et de protection de la santé à l'égard de Monsieur [K] [Z].

Sa faute inexcusable sera par conséquent retenue.

Sur les conséquences de la faute inexcusable à l'égard de la victime

Sur la majoration de la rente

Seule la faute inexcusable de la victime – entendue comme une faute volontaire, d'une exceptionnelle gravité, exposant sans raison valable son auteur à un danger dont il aurait dû avoir conscience – est susceptible d'entraîner une diminution de la majoration de la rente.

La faute inexcusable de l'employeur étant reconnue à l'exclusion de toute faute de même nature de la victime, il convient

d’ordonner la majoration au taux maximal légal de la rente servie en application de l’article L452-2 du code de la sécurité sociale.

Cette majoration suivra l’évolution éventuelle du taux d’incapacité permanente partielle reconnu à la victime.

Sur les préjudices personnels

Aux termes de l’article L452-3 du code de la sécurité sociale, « indépendamment de la majoration de rente qu'elle reçoit en vertu de l'article précédent, la victime a le droit de demander à l'employeur devant la juridiction de sécurité sociale la réparation du préjudice causé par les souffrances physiques et morales par elle endurées, de ses préjudices esthétique et d’agrément ainsi que celle du préjudice résultant de la perte ou de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle ».

Selon la décision du Conseil constitutionnel en date du 18 juin 2010, en cas de faute inexcusable de l’employeur, la victime peut demander à celui-ci réparation de l’ensemble des dommages non couverts par le livre IV du code de la sécurité sociale.

En outre, par quatre arrêts rendus le 4 avril 2012, la Cour de cassation a précisé l’étendue de la réparation des préjudices due à la victime d’un accident du travail en cas de faute inexcusable de son employeur.

Il en résulte que la victime ne peut pas prétendre à la réparation des chefs de préjudices suivants déjà couverts :
le déficit fonctionnel permanent (couvert par L431-1, L434-1 et L452-2),les pertes de gains professionnels actuelles et futures (couvertes par les articles L431-1 et suivants, L.434-2 et suivants),l’incidence professionnelle indemnisée de façon forfaitaire par l’allocation d’un capital ou d’une rente d’accident du travail (L431-1 et L434-1) et par sa majoration (L452-2),l’assistance d’une tierce personne après consolidation (couverte par l'article L.434-2 alinéa 3),les frais médicaux et assimilés, normalement pris en charge au titre des prestations légales.
En revanche, la victime peut notamment prétendre à l’indemnisation, outre celle des chefs de préjudice expressément visés à l’article L452-3 du code de la sécurité sociale, :

du déficit fonctionnel temporaire, non couvert par les indemnités journalières qui se rapportent exclusivement à la perte de salaire,des dépenses liées à la réduction de l’autonomie, y compris les frais de logement ou de véhicule adapté, et le coût de l’assistance d’une tierce personne avant consolidation,du préjudice sexuel, indépendamment du préjudice d’agrément.
Par deux arrêts en date du 20 janvier 2023, rendus en assemblée plénière, la Cour de cassation a opéré un revirement de jurisprudence et juge désormais que la rente accident du travail ne répare pas le déficit fonctionnel permanent.

Dès lors, ce revirement de jurisprudence a pour conséquence une modification du périmètre d'indemnisation de la faute inexcusable de l'employeur, sous réserve de la réserve d'interprétation du Conseil constitutionnel rappelée plus haut. En conséquence, dans la mesure où le déficit fonctionnel permanent n'est plus susceptible d'être couvert par la rente et donc par le livre IV du code de la sécurité sociale, il pourra faire l'objet d'une indemnisation, selon les conditions du droit commun.

Il convient de rappeler que le déficit fonctionnel permanent comprend l'atteinte à l'intégrité physique et psychique au sens strict, mais aussi les douleurs physiques et psychologiques et notamment le préjudice moral et les troubles dans les conditions d'existence.

Dès lors, l'expertise aura également pour objet de déterminer l'existence d'un déficit fonctionnel permanent et de le chiffrer.

L'évaluation des préjudices nécessitant dans le cas d'espèce une expertise médicale, elle sera ordonnée en application de l'article R142-16 du code de la sécurité sociale, selon les modalités précisées dans le dispositif du présent jugement.

La caisse primaire d’assurance maladie fera l'avance des frais d'expertise, en application des dispositions de l'article L452-3 du code de la sécurité sociale.

Il sera rappelé à Monsieur [K] [Z] que la charge de la preuve lui incombe pour toutes demandes excédant les constatations de l'expert médical.

Monsieur [K] [Z] sollicite par ailleurs le versement d’une provision d’un montant de 5.000,00 euros à valoir sur l’indemnisation de ses préjudices.

Or, il ne produit aucune pièce susceptible de justifier l’attribution d’une telle indemnité provisionnelle, et ne présente aucun moyen au soutien de cette prétention.

Par conséquent, Monsieur [K] [Z] sera débouté de sa demande de versement d’une indemnité provisionnelle.

Sur l'action récursoire de la caisse primaire d’assurance maladie

En application de l'article L452-3 du code de la sécurité sociale, la réparation des préjudices alloués à la victime d'un accident du travail dû à la faute inexcusable de l'employeur, indépendamment de la majoration du capital ou de la rente, est versée directement au bénéficiaire par la caisse qui en récupère le montant auprès de l'employeur.

Il en est de même de la majoration du capital ou de la rente versée en application de l'article L.452-2 alinéa 6 du code de la sécurité sociale.

En l’espèce, la caisse primaire d’assurance maladie de la Seine-et-Marne est donc fondée à recouvrer à l’encontre de la SAS [6] le montant :
- des indemnisations complémentaires qui seront éventuellement accordées,
- des frais d'expertise,
- et du capital représentatif de la majoration de la rente.

Sur les mesures de fin de jugement

Sur les dépens

Les dépens seront réservés.

Sur les frais irrépétibles

L'équité commande de condamner la SAS [6], auteur d'une faute inexcusable, à verser à Monsieur [K] [Z] une somme de 1.500,00 euros sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile.

Sur l’exécution provisoire

S’agissant des décisions rendues en matière de sécurité sociale, l’exécution provisoire est facultative, en application de l’article R142-10-6 du code de la sécurité sociale.

En l’espèce, la nécessité de devoir ordonner l’exécution provisoire n’est pas démontrée.

Dispositif

PAR CES MOTIFS

Le tribunal judiciaire de Meaux, statuant par décision contradictoire, rendue en premier ressort,

DÉCLARE Monsieur [K] [Z] recevable en son action ;

DIT que l'accident du travail dont Monsieur [K] [Z] a été victime le 03 juin 2021 est dû à une faute inexcusable de la SAS [6], son employeur ;

ORDONNE à la caisse primaire d'assurance maladie de la Seine-et-Marne de majorer au montant maximum la rente versée en application de l'article L452-2 du code de la sécurité sociale ;

DIT que la majoration de la rente servie en application de l'article L.452-2 du code de la sécurité sociale suivra l'évolution éventuelle du taux d'incapacité attribué ;

Avant-dire droit sur la liquidation des préjudices subis par Monsieur [K] [Z], ordonne une expertise judiciaire et désigne pour y procéder le docteur [T] [N] qui pourra s'adjoindre tout sapiteur de son choix, avec pour mission de :

1°) Convoquer les parties et recueillir leurs observations ;

2°) Se faire communiquer par les parties tous documents médicaux relatifs aux lésions subies, en particulier le certificat médical initial ;

3°) Fournir le maximum de renseignements sur l'identité de la victime et sa situation familiale, son niveau d'études ou de formation, sa situation professionnelle antérieure et postérieure à l'accident ;

4°) A partir des déclarations de la victime et des documents médicaux fournis, décrire en détail les lésions initiales, les modalités du traitement, en précisant autant que possible les durées exactes d'hospitalisation et, pour chaque période d'hospitalisation, la nature et le nom de l'établissement, le ou les services concernés et la nature des soins;

5°) Retranscrire dans son intégralité le certificat médical initial et, si nécessaire, reproduire totalement ou partiellement les différents documents médicaux permettant de connaître les lésions initiales et les principales étapes de l'évolution ; prendre connaissance et interpréter les examens complémentaires produits ;

6°) Décrire un éventuel état antérieur en interrogeant la victime et en citant les seuls antécédents qui peuvent avoir une incidence sur les lésions ou leurs séquelles ;

7°) Procéder dans le respect du contradictoire à un examen clinique détaillé en fonction des lésions initiales et des doléances exprimées par la victime ;

8°) Décrire, en cas de difficultés particulières éprouvées par la victime, les conditions de reprise de l'autonomie et, lorsque la nécessité d'une aide temporaire est alléguée, la consigner et émettre un avis motivé sur sa nécessité et son imputabilité en particulier ;
- indiquer si l'assistance constante ou occasionnelle d'une tierce personne (étrangère ou non à la famille) a été nécessaire avant la consolidation en décrivant avec précision les besoins (nature de l'aide apportée, niveau de compétence technique, durée d'intervention quotidienne ou hebdomadaire);

- lorsque la nécessité de dépenses liées à la réduction de l'autonomie (frais d'aménagement du logement, frais de véhicule adaptés, aide technique, par exemple) sont alléguées, indiquer dans quelle mesure elles sont susceptibles

d’accroître l’autonomie de la victime ;

9°) Déterminer la durée du déficit fonctionnel temporaire, période pendant laquelle, pour des raisons médicales en relation certaine et directe avec les lésions occasionnées par l'accident, la victime a dû interrompre totalement ses activités professionnelles ou habituelles ; si l’incapacité fonctionnelle n’a été que partielle, en préciser le taux ;

10°) Lorsque la victime allègue une répercussion dans l’exercice de ses activités professionnelles, recueillir les doléances et les analyser ; étant rappelé que pour obtenir l’indemnisation du préjudice résultant de la perte ou de la diminution des possibilités de promotion professionnelle, la victime devra rapporter la preuve que de telles possibilités préexistaient ;

11°) Décrire les souffrances physiques, psychiques ou morales endurées pendant la maladie traumatique (avant consolidation) du fait des lésions, de leur traitement, de leur évolution et des séquelles ; les évaluer selon l’échelle de sept degrés ;

12°) Donner un avis sur l’existence, la nature et l’importance du préjudice esthétique, en précisant s’il est temporaire (avant consolidation) ou définitif ; l’évaluer selon l’échelle de sept degrés ;

13°) Lorsque la victime allègue une impossibilité ou des difficultés pour se livrer à des activités spécifiques sportives ou de loisir, donner un avis médical sur cette impossibilité ou cette gêne et son caractère définitif, sans prendre position sur l’existence ou non d’un préjudice afférent à cette allégation ;

14°) Lorsque la victime allègue une impossibilité de réaliser un projet de vie familiale « normale » en raison de la gravité du handicap permanent dont elle reste atteinte après sa consolidation, donner un avis médical sur cette impossibilité et son caractère définitif, sans prendre position sur l’existence ou non d’un préjudice afférent à cette allégation ;

15°) Dire s’il existe un préjudice sexuel et l’évaluer ; le décrire en précisant s’il recouvre l’un ou plusieurs des trois aspects pouvant être altérés séparément ou cumulativement, partiellement ou totalement : la morphologie, l’acte sexuel proprement dit (difficultés, perte de libido, impuissance ou frigidité) et la fertilité (fonction de reproduction) ;

16°) Donner un avis sur le taux de déficit fonctionnel permanent de la victime, imputable à l’accident, résultant de l’atteinte permanente d’une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, psychologiques ou intellectuelles persistant au moment de la consolidation, ce taux prenant en compte non seulement les atteintes physiologiques mais aussi les douleurs physiques et morales permanentes ressenties après consolidation, la perte de la qualité de vie et les troubles dans les conditions d’existence personnelles, familiales et sociales du fait des séquelles que conserve la victime ;

-dans le cas d’un état pathologique antérieur, préciser en quoi l’événement a eu une incidence sur cet état antérieur et chiffrer les effets d’une telle situation ;

-en toute hypothèse, donner un avis sur le taux du déficit fonctionnel actuel de la victime tous éléments confondus (état antérieur inclus) ;

-préciser le barème utilisé.

17°) Établir un état récapitulatif de l'ensemble des postes énumérés dans la mission ;

RAPPELLE que la consolidation de l'état de santé de Monsieur [K] [Z] résultant de l'accident du travail du 03 juin 2021 a été fixée par la caisse primaire d’assurance maladie à la date du 31 janvier 2023 et qu'il n'appartient pas à l'expert de se prononcer sur ce point ;

DIT que l’expert fera connaître sans délai son acceptation, qu’en cas de refus ou d’empêchement légitime, il sera pourvu aussitôt à son remplacement ;

DIT que l’expert pourra s’entourer de tous renseignements utiles auprès notamment de tout établissement hospitalier

où la victime a été traitée sans que le secret médical ne puisse lui être opposé ;

DIT que l'expert rédigera, au terme de ses opérations, un pré-rapport qu'il communiquera aux parties en les invitant à présenter leurs observations dans un délai maximum d'un mois ;

DIT qu'après avoir répondu de façon appropriée aux éventuelles observations formulées dans le délai imparti ci-dessus, l'expert devra déposer au greffe du pôle social du tribunal judiciaire un rapport définitif en double exemplaire dans le délai de six mois à compter de sa saisine ;

DIT que l'expert en adressera directement copie aux parties ou à leurs conseils ;

DIT que la caisse primaire d'assurance maladie de la Seine-et-Marne fera l'avance des frais d'expertise ;

DIT que la mesure d'instruction sera mise en œuvre sous le contrôle du magistrat du pôle social chargé du contrôle des mesures d'instruction ;

DEBOUTE Monsieur [K] [Z] de sa demande d'indemnité provisionnelle ;

DIT que la caisse primaire d'assurance maladie de la Seine-et-Marne versera directement à Monsieur [K] [Z] les sommes dues au titre de la majoration de la rente et de l'indemnisation complémentaire ;

DIT que la caisse primaire d'assurance maladie de la Seine-et-Marne pourra recouvrer le montant des indemnisations à venir et majoration accordées à Monsieur [K] [Z] à l'encontre de la SAS [6] et condamne cette dernière à ce titre, ainsi qu'au remboursement du coût de l'expertise ;

RÉSERVE les dépens ;

CONDAMNE la SAS [6] à verser à Monsieur [K] [Z] une somme de 1.500,00 euros sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile ;

DIT n'y avoir lieu d'ordonner l'exécution provisoire de la présente décision;

Ainsi jugé et mis à disposition au greffe du tribunal le 20 janvier 2025, et signé par le président et la greffière.

LA GREFFIERE LE PRÉSIDENT
Diara DIEME Nicolas NOVION