AFFAIRE : N° RG 25/00575

N° Portalis DBVC-V-B7J-HS75

Code Aff. :

ARRET N°

C.P

ORIGINE : Décision du Pôle social du tribunal judiciaire d'Evreux en date du 2 avril 2020

Décision du Cour d'Appel de ROUEN en date du 18 Janvier 2023 - RG n° 20/02342

Décision de la Cour de Cassation en date du 30 janvier 2025

COUR D'APPEL DE CAEN

2ème chambre sociale

ARRET DU 21 MAI 2026

APPELANTE :

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE L'EURE

[Adresse 1]

[Localité 1]

Représentée par Mme [X], mandatée

INTIMEE :

Société [1]

[Adresse 2]

[Localité 2]

Représentée par Me Haïba OUAISSI, substitué par Me Jean-Pierre LE COUPANEC, avocats au barreau de PARIS

DEBATS : A l'audience publique du 19 mars 2026, tenue par M. LE BOURVELLEC, Conseiller, Magistrat chargé d'instruire l'affaire lequel a, les parties ne s'y étant opposées, siégé en présence de Mme DELAUBIER, Conseillère, pour entendre les plaidoiries et en rendre compte à la Cour dans son délibéré

GREFFIER : Mme GOULARD

COMPOSITION DE LA COUR LORS DU DELIBERE :

M. LE BOURVELLEC, Conseiller, faisant fonction de Président

Mme DELAUBIER, Conseillère,

Mme GARCIA-DEGROLARD, Conseiller,

ARRET prononcé publiquement le 21 mai 2026 à 14h00 par mise à disposition de l'arrêt au greffe de la cour, les parties en ayant été préalablement avisées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 450 du code de procédure civile et signé par M. LE BOURVELLEC, Conseiller, faisant fonction de président, et Mme GOULARD, greffière

La cour statue sur renvoi après cassation prononcée le 30 janvier 2025 par la Cour de cassation, de l'arrêt rendu par la cour d'appel de Rouen le 18 janvier 2023, ayant confirmé le jugement rendu le 2 avril 2020 par le tribunal judiciaire d'Evreux dans un litige opposant la caisse primaire d'assurance maladie de l'Eure à la société [1].

FAITS ET PROCÉDURE

Le 20 octobre 2016, Mme [B] [Q], employée en qualité de conducteur qualifié par la société [1] (la société), a complété une déclaration de maladie professionnelle au titre d'une surdité.

Cette déclaration était accompagnée d'un certificat médical établi le 13 septembre 2016 faisant état d'une « surdité perceptive neurosensorielle bilatérale liée à l'exposition professionnelle au bruit tableau n°42».

La caisse primaire d'assurance maladie de l'Eure (la caisse), après enquête administrative et avis du service médical, a pris en charge la pathologie 'hypoacousie de perception' au titre du tableau 42 des maladies professionnelles, notifiant sa décision à l'employeur le 6 avril 2017.

Par courrier du 6 juin 2017, la société a contesté la décision de prise en charge de cette pathologie devant la commission de recours amiable, qui n'a pas statué dans le délai prescrit.

Par courrier en date du 10 août 2017, la société a saisi le tribunal des affaires de sécurité sociale de l'Eure, devenu pôle social du tribunal judiciaire d'Évreux, pour contester la décision implicite de rejet de la commission de recours amiable.

Par jugement rendu le 2 avril 2020, ce tribunal a :

- déclaré que la décision de prise en charge de la surdité bilatérale déclarée par Mme [B] [Q] le 20 octobre 2016 sera déclarée inopposable à la société [1] ;

- invité la caisse primaire d'assurance maladie de l'Eure à en tirer toutes les conséquences de droit ;

- infirmé la décision implicite de rejet de la commission de recours amiable de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Eure saisie le 9 juin 2017 ;

- condamné la caisse primaire d'assurance maladie de l'Eure aux dépens nés après le 1er janvier 2019.

La caisse a relevé appel de la décision rendue.

Par arrêt en date du 18 janvier 2023, la cour d'appel de Rouen a confirmé le jugement entrepris au motif que la caisse n'avait pas respecté le principe du contradictoire dans le cadre de l'instruction du dossier en ne mettant pas à disposition de l'employeur l'audiogramme réalisé comme élément constitutif de la maladie désignée par le tableau n° 42 des maladies professionnelles.

En outre, la cour a condamné la caisse à payer à la société la somme de 1.500 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile ainsi qu'aux dépens d'appel.

La caisse a formé un pourvoi en cassation.

Le 30 janvier 2025, la deuxième chambre civile de la Cour de cassation a :

- annulé, en toutes ses dispositions, l'arrêt rendu le 18 janvier 2023, entre les parties, par la cour d'appel de Rouen ;

- remis l'affaire et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant cet arrêt et les a renvoyées devant la cour d'appel de Caen ;

- condamné la société [2] plus aux dépens ;

- en application de l'article 700 du code de procédure civile, rejeté la demande de la société [1] et l'a condamnée à verser à la caisse primaire d'assurance maladie de l'Eure la somme de 3.000 euros ;

- dit que sur les diligences du procureur général près la Cour de cassation, l'arrêt sera transmis pour être transcrit en marge ou à la suite de l'arrêt annulé.

Le 11 mars 2025, la caisse a saisi la présente cour en tant que juridiction de renvoi.

L'affaire a été retenue à l'audience du 2 octobre 2025, lors de laquelle la société n'était ni comparante, ni représentée.

Cependant, celle-ci avait fait parvenir un courrier à la cour, daté du 1er octobre 2025, reçu au greffe le même jour, par lequel elle expliquait ne pas avoir pu répliquer en temps utiles aux écritures et pièces produites par la caisse, et solliciter un renvoi de cette affaire à une autre audience.

Ce courrier n'ayant été porté à la connaissance de la formation de jugement qu'après la tenue de l'audience, sans être pris en considération lors des débats, la cour, par arrêt du 23 octobre 2025, a ordonné la réouverture des débats à l'audience du 23 février 2026, lors de laquelle l'affaire a été renvoyée à celle du 19 mars 2026.

Suivant des écritures déposées le 9 mars 2026, et reprises oralement par sa représentante, la caisse demande à la cour de :

- infirmer le jugement entrepris ;

Statuant à nouveau,

- déclarer opposable à la société [2] plus la décision de prise en charge de la maladie professionnelle reconnue le 13 septembre 2016 au bénéfice de Mme [B] [Q] ;

- débouter la société [2] plus de l'ensemble de ses demandes ;

- condamner la société [2] plus à lui verser la somme de 2.000 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile ;

- juger ce que droit en ce qui concerne les dépens.

Par conclusions déposées le 23 février 2026, et reprises oralement par son conseil, la société [1] demande à la cour de :

Avant dire droit et à titre principal :

- faire injonction à la caisse et à son service médical de communiquer au médecin conseil mandaté à cet effet par elle, le docteur [C] [U], [Adresse 3], [Courriel 1], 06-70-79-50-75, le rapport médical justifiant le bien fondé de la décision de prise en charge de la maladie de Mme [B] [Q], et plus particulièrement l'audiogramme du 27 novembre 2017 ;

Avant dire droit et à titre subsidiaire :

- ordonner une mesure d'instruction, prenant la forme d'une expertise médicale sur pièces, visant à se prononcer sur la caractérisation de la maladie déclarée par Mme [B] [Q] au regard du tableau 42, et nommer tel consultant ou expert qu'il plaira à la cour avec pour mission, sauf à étendre par ses soins, de :

I. Se faire communiquer tous documents utiles à l'accomplissement de sa mission, notamment médicaux détenus par la caisse et/ou par le praticien conseil du service de contrôle médical afférent à la caractérisation de la maladie de Mme [B] [Q] et plus particulièrement l'audiogramme du 27 novembre 2017 ;

II. Entendre les parties (employeur et caisse) éventuellement représentées par un médecin de leur choix ou celles-ci dûment appelées en leurs dires et observations ;

III. Déterminer si la maladie déclarée par Mme [B] [Q] a réellement été caractérisée conformément aux exigences cumulatives du tableau 42 ;

IV. Soumettre aux parties un pré-rapport en leur impartissant un délai raisonnable pour formuler leurs observations écrites auxquelles il devra être répondu dans le rapport définitif, le tout dans les conditions prévues par l'article 276 du code de procédure civile ;

V. Déposer son rapport au greffe de la cour dans un délai de trois mois à compter de la réception de sa mission et en adresser un exemplaire à chacune des parties ;

- enjoindre, si besoin était, à la caisse et à son service médical de communiquer à M. l'expert l'ensemble des éléments utiles à la réalisation de l'expertise, et notamment l'entier dossier médical, et plus particulièrement l'audiogramme du 27 novembre 2017 de Mme [B] [Q] ;

- enjoindre à la caisse ainsi qu'à son service médical de communiquer au docteur [C] [F] [Adresse 4], [Courriel 1], 06-70-79-50-75, l'entier dossier médical, et plus particulièrement l'audiogramme de Mme [B] [Q] justifiant sa décision ;

A titre infiniment subsidiaire et sur le fond,

- confirmer le jugement du 2 octobre 2020 du tribunal judiciaire Metz (Sic) en toutes ses dispositions ;

- déclarer inopposables à son égard la décision de prise en charge, au titre de la législation sur les risques professionnels, de la maladie du 13 septembre 2016 déclarée par Mme [B] [Q], ainsi que toutes les conséquences y afférentes ;

En tout état de cause,

- débouter la caisse de toutes ses demandes, fins et prétentions ;

- condamner la caisse aux dépens.

Il est fait référence aux écritures ainsi déposées de part et d'autre pour un plus ample exposé des moyens proposés par les parties au soutien de leurs prétentions.

SUR CE, LA COUR,

En application de l'article R 441-11 du même code, dans sa version issue du décret du 29 juillet 2009, applicable à l'espèce, la caisse, avant de se prononcer sur le caractère professionnel de la maladie, doit informer l'employeur de la fin de la procédure d'instruction, des éléments susceptibles de lui faire grief, de la possibilité de consulter le dossier et de la date à laquelle elle prévoit de prendre sa décision.

En application de l'article R 411-13 du code de la sécurité sociale alors applicable :

Le dossier constitué par la caisse primaire doit comprendre :

1°) la déclaration d'accident ;

2°) les divers certificats médicaux détenus par la caisse ;

3°) les constats faits par la caisse primaire ;

4°) les informations parvenues à la caisse de chacune des parties ;

5°) les éléments communiqués par la caisse régionale.

Il peut, à leur demande, être communiqué à l'assuré, ses ayants droit et à l'employeur, ou à leurs mandataires.

Ce dossier ne peut être communiqué à un tiers que sur demande de l'autorité judiciaire.

La caisse critique le jugement ayant déclaré inopposable à l'employeur la décision de prise en charge de la maladie professionnelle reconnue le 13 septembre 2016 au motif qu'elle ne l'aurait pas mis en mesure de consulter l'audiogramme.

Elle assure au contraire avoir intégralement respecté les dispositions de l'article R. 441-13 du code de la sécurité sociale, lequel définit le contenu du dossier constitué par ses services et les modalités de communication de ce dossier à l'assuré et à l'employeur.

Elle rappelle qu'en vertu d'une jurisprudence constante, les examens médicaux complémentaires tels que l'audiogramme, constituent des éléments du diagnostic couverts par le secret médical et non pas des éléments constitutifs de la maladie professionnelle, de sorte qu'ils ne peuvent figurer dans le dossier administratif communicable à l'employeur.

Elle précise qu'elle-même ne détient pas ces documents médicaux, ceux-ci étant conservés par le service médical, juridiquement indépendant des services administratifs, conformément à l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale.

Elle considère en conséquence que la décision de prise en charge de la maladie professionnelle reconnue le 13 septembre 2016 est opposable à l'employeur.

Subsidiairement, elle entend démontrer que l'ensemble des conditions du tableau 42 sont satisfaites au vu des éléments du dossier, et en particulier le questionnaire complété par la salariée et le colloque médico-administratif.

Elle relève notamment que l'audiogramme, nécessaire en vue de reconnaître une hypoacousie de perception par lésion cochléaire irréversible a bien été réalisée après une cessation d'exposition au bruit lésionnel d'au moins 3 jours et qu'en conséquence, ainsi que l'indique le médecin conseil, les conditions posées par le tableau 42 sont remplies.

En définitive, elle estime être fondée en sa demande tendant à voir déclarer opposable à l'employeur la décision de prise en charge.

Encore plus subsidiairement, elle s'oppose aux demandes de transmission d'éléments médicaux et d'expertise, en l'absence de toute difficulté d'ordre médical justifiant de recourir à un tel technicien.

Elle relève que le médecin conseil a estimé au vu de l'audiogramme que la pathologie déclarée remplissait les conditions médicales requises faisant mention d'un déficit audiométrique bilatéral par lésion cochléaire irréversible.

Elle ajoute communiquer la décision rendue par la cour d'appel de Rouen le 6 avril 2022 dans le cadre de la contestation de l'employeur du taux d'incapacité permanente partielle fixé à 18% et dont il ressort que le praticien conseil avait transcrit dans le rapport transmis au médecin consultant désigné par le tribunal et au médecin désigné par la société les mesures relevées par l'audiogramme réalisé le 13 septembre 2016 sur lesquelles son avis s'était fondé, le moyen tiré par l'intimée de l'absence de communication de l'audiogramme lui-même ayant été jugé inopérant.

Enfin, elle observe que la société ne produit aucun élément de nature médicale justifiant la mise en oeuvre d'une mesure d'instruction médicale.

La société reproche à la caisse de ne lui avoir communiqué aucun élément médical lui permettant de procéder à de légitimes vérifications, en particulier l'audiogramme nécessaire à la vérification de la caractérisation exacte de la maladie déclarée, des conditions de diagnostic de celle-ci, et de la légitimité de la prise en charge au titre du tableau n°42.

Elle sollicite en conséquence à titre principal la transmission par la caisse et son service médical des éléments médicaux comprenant l'audiogramme à son médecin consultant ce, dans l'intérêt d'une bonne administration de la justice et afin d'éviter une expertise longue et chronophage.

Subsidiairement, elle sollicite la désignation d'un expert médical pour vérifier le bien fondé de la décision contestée afin de permettre à la caisse de justifier des conditions d'application de la présomption résultant de l'article L461-1 du code de la sécurité sociale, rappelant la possibilité pour le juge d'user de mesures d'instructions dans les cas où il ne s'estime pas suffisamment éclairé.

Elle rappelle que le tableau 42 impose de vérifier cumulativement non seulement l'existence de l'audiogramme pour révéler ou confirmer le diagnostic mais aussi les modalités de réalisation de cet examen, lesquelles sont un élément constitutif de la maladie inscrite au tableau.

Elle estime ainsi essentiel de permettre à l'employeur, de vérifier contradictoirement le bien fondé d'une décision rendue sur le fondement du tableau 42, et pour ce faire d'ordonner une mesure d'expertise puisque dans ce cadre, la loi prévoit la levée du secret médical tant au stade amiable que judiciaire et d'autre part la transmission de l'intégralité du rapport médical à l'expert et au médecin désigné par l'employeur.

Rappelant qu'en l'espèce, elle n'a eu accès qu'au certificat médical initial comportant uniquement au titre des constatations médicales détaillées la mention 'surdité', le seul avis du médecin conseil versé par la caisse est insuffisant pour justifier du respect de l'intégralité des conditions du tableau.

Elle ajoute que faute d'accès à l'audiogramme, elle n'a pas été en mesure de faire intervenir son médecin-conseil pour contrôler les conditions de réalisation de l'examen, ni de s'assurer que l'audiométrie avait été pratiquée dans une cabine insonorisée, avec audiomètre calibré, et selon des tests tonaux et vocaux concordants, rappelant qu'en l'état des anciens textes et de l'ancienne jurisprudence, elle n'avait pu user de son droit de saisir la [3] et solliciter la transmission des éléments médicaux justifiant la prise en charge.

Enfin, encore plus subsidiairement, elle conclut à la confirmation du jugement en l'absence de preuve du respect de toutes les conditions du tableau visé par la décision contestée.

Elle relève qu'en l'espèce, le certificat médical initial ne précise pas que la surdité déclarée a été diagnostiquée grâce à l'un des examens prescrits, et que les conditions de l'examen ayant posé le diagnostic d'hypoacousie de perception sont inconnues, et ne sont pas précisées par le médecin conseil sur le colloque médico-administratif.

Elle en déduit que la preuve du respect des conditions du tableau n° 42 n'est pas rapportée par la caisse, en violation de la jurisprudence constante de la Cour de cassation, selon laquelle toute irrégularité relative à la réalisation ou à la justification des examens exigés entraîne l'inopposabilité de la décision de prise en charge à l'employeur.

Sur ce,

Au titre du tableau 42 des maladies professionnelles, l'hypoacousie de perception par lésion cochléaire irréversible est caractérisée par un déficit audiométrique bilatéral, le plus souvent symétrique et affectant préférentiellement les fréquences élevées.

Le diagnostic de cette hypoacousie doit être établi par une audiométrie tonale liminaire et une audiométrie vocale qui doivent être concordantes et en cas de non-concordance par une inpédancemétrie et recherche du réflexe stapédien ou, à défaut, par l'étude du suivi audiométrique professionnel.

Ces examens doivent être réalisés en cabine insonorisée avec un audiomètre calibré.

Cette audiométrie diagnostic est réalisée après cessation d'exposition au bruit lésionnel d'au moins 3 jours et doit faire apparaître sur la meilleure oreille un déficit d'au moins 35 dB. Ce déficit est la moyenne des déficits mesurés sur les fréquences 500, 1 000, 2 000 et 4 000 hertz.

L'audiogramme est donc nécessaire pour poser le diagnostic de la maladie.

Les conditions du constat de la maladie professionnelle prévue par le tableau doivent être strictement respectées ; s'agissant du tableau n°42 des maladies professionnelles, les modalités de constat du déficit audiométrique sont un élément constitutif de la maladie inscrite à ce tableau; ainsi pour que la maladie soit réputée d'origine professionnelle, il est nécessaire que les tests audiométriques soient réalisés dans des conditions particulières et il convient notamment que l'audiométrie évaluant le déficit soit effectuée au moins 3 jours après cessation de l'exposition aux bruits lésionnels et qu'elle soit réalisée en cabine insonorisée avec un audiomètre calibré.

Dans son arrêt du 13 juin 2024, la Cour de cassation a opéré un revirement de jurisprudence en jugeant que l'audiogramme n'avait pas à figurer dans les pièces du dossier constitué par les services administratifs de la caisse, constituant un élément du diagnostic couvert par le secret médical.

Elle fait valoir que l'équilibre entre le droit de la victime au respect du secret médical et le droit de l'employeur à une procédure contradictoire, dès le stade de l'instruction de la déclaration de la maladie professionnelle par la caisse primaire d'assurance maladie, est préservé par la possibilité pour l'employeur contestant le caractère professionnel de la maladie de solliciter du juge la désignation d'un expert à qui seront remises les pièces composant le dossier médical de la victime.

À cette même fin de conciliation de ces droits, la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 a organisé, dès le stade de la saisine de la commission médicale de recours amiable, compétente pour connaître des contestations de nature médicale postérieures au 1er janvier 2019, les modalités de transmission par le patricien-conseil du service du contrôle médical de l'intégralité du rapport médical reprenant les constats résultant de l'examen clinique de l'assuré ainsi que ceux résultant des examens consultés par le praticien-conseil justifiant sa décision sans que puisse être opposé l'article 226-13 du code pénal.

En l'espèce, la société n'a pas bénéficié de ces nouvelles dispositions, la décision de prise en charge de la maladie ayant été rendue avant l'entrée en vigueur de la réforme le 1er janvier 2019.

Il résulte du certificat médical initial établi le 13 septembre 2016 par le docteur [R], médecin [H], que Mme [Q], salariée de la société [1], est atteinte de « surdité perceptive neurosensorielle bilatérale liée à l'exposition professionnelle au bruit tableau n°42».

A la lecture du colloque médico-administratif complété par le médecin conseil de la caisse le 16 mars 2017, celui-ci est d'accord avec le diagnostic figurant sur le certificat médical initial de déficit, la première constatation médicale de la maladie datant du 13 septembre 2016 au regard d'une audiométrie.

Le médecin y précise que les conditions médicales réglementaires du tableau visant le déficit auditométrique bilatéral par lésion cochléaire irréversible sont remplies et l'examen complémentaire exigé par le tableau consiste dans l'audiométrie du 13 septembre 2016.

La cour constate qu'aucune mention complémentaire n'est portée sur la fiche de concertation médico-administrative s'agissant des conditions techniques de réalisation de l'audiométrie et que le certificat médical initial, lequel vise uniquement une 'surdité perceptive neurosensorielle bilatérale' n'était assorti d'aucune précision sur ce point.

Si la cour d'appel de Rouen dans son arrêt rendu le 6 avril 2022, dans le cadre du litige opposant les mêmes parties concernant le taux d'incapacité permanente partielle de 18% attribué à Mme [Q], a relevé qu'il n'était pas contesté que le praticien-conseil avait transcrit dans le rapport qu'il a transmis au médecin consultant désigné par le tribunal et au médecin désigné par la société les mesures relevées par l'audiogramme réalisé par le docteur [R] le 13 septembre 2016 sur lesquelles son avis s'était fondé, il n'apparaît pas que la société, qui conteste que son médecin consultant ait été destinataire du rapport médical du médecin conseil, ait été mise en mesure de pouvoir discuter contradictoirement de la conformité de la maladie prise en charge à la désignation de la pathologie visée au tableau n°42, alors que les conditions de désignation de la maladie sont définies de façon particulièrement précise par le tableau en question.

S'agissant de la communication du dossier médical à l'employeur, des dispositions particulières sont prévues.

L'article R. 142-1-A IV du code de la sécurité sociale ne prévoit que les modalités de transmission de données médicales à caractère personnel, dès lors que cette transmission est autorisée par un texte.

Les textes autorisant la transmission du dossier médical au médecin désigné par l'employeur sont les articles L. 142-6, L. 142-10 et R.142-16-2 du code de la sécurité sociale.

L'article L. 142-6 du code de la sécurité sociale autorise la transmission du dossier médical au médecin désigné lors de la saisine de la commission médicale de recours amiable.

Les articles L. 142-10 et R. 142-16-2 du code de la sécurité sociale concernent cette transmission mais uniquement dans le cadre d'une mesure d'instruction médicale ordonnée par le tribunal.

Des lors, cette transmission au cours de la procédure judiciaire n'est pas possible hors le cadre d'une mesure d'expertise ou de consultation.

L'audiogramme étant un élément de diagnostic de la maladie visée au tableau, la société n'ayant pu bénéficier des nouvelles dispositions de l'article L. 142-6 du code de la sécurité sociale et la charge de la preuve de l'existence de la maladie pesant sur la caisse, une mesure d'expertise sur pièces sera ordonnée, avec communication du dossier médical au médecin désigné par l'employeur.

Dans l'attente, il sera sursis à statuer sur l'ensemble des demandes.

Les dépens seront réservés.

PAR CES MOTIFS

La cour,

Vu l'arrêt de la cour d'appel de Rouen du 18 janvier 2023,

Vu l'arrêt de la Cour de cassation du 30 janvier 2025,

Avant dire droit sur l'opposabilité de la décision de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Eure de prise en charge au titre de la législation professionnelle de la maladie déclarée par Mme [B] [Q] : l'hypoacousie de perception par lésion cochléaire irréversible ,

Ordonne une expertise sur pièces,

Désigne M. [S] [P], docteur en médecine, otho- rhino-laryngologie médicale, chirurgie ORL et du cou, expert près la cour d'appel de Rouen,

Centre hospitalier Jacques Monod - [Adresse 5], Tél : [XXXXXXXX01],

Fax : POSTE 38090

Mèl : [Courriel 2]

avec mission de :

- Se faire communiquer tous documents utiles à l'accomplissement de sa mission, notamment médicaux détenus par la caisse primaire d'assurance maladie de l'Eure et/ou par le praticien conseil du service du contrôle médical afférent à la caractérisation de la maladie de Mme [B] [Q] et plus particulièrement l'audiogramme ;

- Entendre les parties (employeur et caisse) éventuellement représentées par un médecin de leur choix ou celles-ci dûment appelées en leurs dires et observations ;

- Déterminer si la maladie déclarée par Mme [B] [Q] est caractérisée conformément aux exigences cumulatives du tableau 42 des maladies professionnelles, telles que rappelées ci-dessus ;

- Soumettre aux parties un pré-rapport en leur impartissant un délai raisonnable pour formuler leurs observations écrites auxquelles il devra être répondu dans le rapport définitif, le tout dans les conditions prévues par l'article 276 du code de procédure civile ;

Dit que la caisse primaire d'assurance maladie de l'Eure devra transmettre à l'expert l'intégralité du rapport médical, et en particulier l'audiogramme, tel que défini à l'article R. 142-1-A, V du code de la sécurité sociale,

Dit que la caisse primaire d'assurance maladie de l'Eure devra transmettre au médecin désigné par la société [2] plus l'intégralité du rapport médical, et en particulier l'audiogramme, tel que défini à l'article R. 142-1-A, V du code de la sécurité sociale,

Dit que l'expert devra déposer son rapport au greffe de la cour dans les QUATRE MOIS à compter de l'acceptation de sa mission, sauf prorogation dûment sollicitée auprès du magistrat chargé du contrôle des opérations d'expertise, et en adresser une copie aux conseils des parties,

Dit que la caisse primaire d'assurance maladie de l'Eure devra verser la somme de 800 euros au régisseur de la cour, à titre de consignation à valoir sur la rémunération de l'expert, dans le mois de la notification du présent arrêt,

Sursoit à statuer sur les autres demandes,

Renvoie l'affaire à l'audience du jeudi 15 octobre 2026 à 9 heures, Cour d'appel, [Adresse 6], 14000 [Adresse 7], 3 ème étage - salle Malesherbes ;

Dit que la notification du présent arrêt valant convocation des parties à cette audience.

LE GREFFIER LE PRESIDENT