

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 février 2015

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mmes Pasche et Berberat
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Alexandre Guyaz, avocat
à Lausanne,

et

O. _____ [...], à [...], intimée.

Art. 36 et 44 LPGA.

E n f a i t :

A. **a)** A. _____ (ci-après : l'assurée), née en 1958, spécialiste en dermatologie et vénéréologie, exploitant à ce titre le cabinet médical C. _____ Sàrl depuis 1999 en qualité d'associée gérante avec droit de signature individuelle, était assurée auprès d'O. _____ [...] (ci-après : O. _____) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels.

Le 15 octobre 2004, alors qu'elle marchait, l'assurée a été heurtée par un jogger venant en sens inverse. Elle a annoncé le cas à O. _____ par déclaration d'accident complétée le 5 novembre 2004, faisant mention d'une hernie cervicale droite accidentelle en C6, précisant que le travail avait été interrompu à 50% dès le jour de l'accident et signalant un salaire brut de 20'000 fr. par mois. Dans les suites de cet événement, des incapacités de travail ont été attestées à des taux variables jusqu'en octobre 2005 et dès lors à 25%.

b) Sur le plan médical, après avoir recueilli différents avis, O. _____ a confié un mandat d'expertise au Dr H. _____, neurologue, lequel a fait part de ses observations dans un rapport du 17 juillet 2009. Il a retenu que l'assurée présentait une atteinte du plexus brachial droit conséquemment à l'accident du 15 octobre 2004 ; elle souffrait en outre d'une discopathie modérée C5-C6 et C6-C7 dans le cadre de troubles dégénératifs de la colonne cervicale, sans lien avec l'événement du 15 octobre 2004. L'expert a précisé que l'atteinte à la santé due à l'accident provoquait une réduction de la capacité de travail de 25% dans l'activité de dermatologue et que si un processus d'adaptation restait certes possible pour l'avenir, le déficit observé était définitif et stable, si bien que le handicap dans le travail ne devrait pas beaucoup changer. Il a également considéré que l'assurée serait en mesure d'œuvrer à 100% dans toute activité n'exigeant pas un travail de haute dextérité manuelle ou de sollicitations physiques importantes du membre supérieur droit. Il a ajouté que l'état final était atteint depuis l'automne 2005 et qu'aucun

traitement médical n'était actuellement nécessaire. Enfin, le Dr H. _____ a estimé à 5% l'atteinte à l'intégrité corporelle.

c) Sur le plan économique, il est ressorti d'une attestation du 30 novembre 2004 établie par la société R. _____ SA, fiduciaire de C. _____ Sàrl, que du 1^{er} juillet au 30 septembre 2004, le salaire brut de l'assurée avait atteint 63'472 fr. 35. Aux termes d'une seconde attestation émise le 6 mai 2008, il est apparu que le chiffre d'affaire de la société C. _____ Sàrl s'était élevé à 556'793 fr. 60 en 2002, à 669'229 fr. 75 en 2003, 352'541 fr. 04 en 2004, 456'068 fr. 35 en 2005, 433'901 fr. 88 en 2006 et 455'028 fr. 71 en 2007.

Par correspondance du 10 décembre 2008, O. _____ a notamment invité l'assurée à lui transmettre copie de ses agendas pour les semaines 5, 15, 25, 35 et 45 en lien avec les années 2004, 2005, 2006 et 2007, afin de pouvoir déterminer les rendez-vous qu'elle avait pu honorer ; étaient également requis les bilans et comptes de pertes et profits de la société C. _____ Sàrl pour les années 2002 à 2007. L'intéressée a partiellement satisfait à ces requêtes par envois des 21 et 30 janvier 2009.

Le 22 octobre 2009, O. _____ a adressé à l'assurée une lettre relevant en particulier que seules les copie des agendas des années 2006 à 2008 lui avaient été fournies - les agendas des années précédentes n'étant plus disponibles - et que les comptes de pertes et profits de l'année 2002 ne lui avaient pas été communiqués. Considérant qu'il était indispensable d'appréhender le plus précisément possible la structure de l'activité d'A. _____ afin d'évaluer l'impact des atteintes à la santé alléguées sur la modification de ses revenus, l'assurance a dès lors invité la prénommée à lui faire tenir un document permettant d'évaluer concrètement la structure des honoraires facturés selon les types d'interventions pratiqués, pour les années 2003 et 2007. O. _____ a par ailleurs demandé à ce que la fiduciaire en charge de la comptabilité de C. _____ Sàrl lui fasse parvenir, pour l'année 2004, un boucllement au 30 septembre 2004. Enfin, l'intéressée était informée de ce que la

« *Statistique factueur coûts médecins AOS 2007* » avait été requise auprès de santésuisse.

Par courrier du 4 novembre 2009, l'assurée, sous la plume de son mandataire, a refusé d'accéder aux demandes de renseignements de l'assurance, au motif qu'elle souhaitait préserver tant sa vie privée que celle de ses patients.

Par acte du 20 novembre 2009, O._____ a formellement sommé l'assurée de lui fournir les informations demandées. L'assurance a par ailleurs observé que, renseignements pris auprès de la caisse de compensation compétente, les salaires de l'intéressée s'étaient élevés à 286'609 fr. 80 en 2003, 232'825 fr. 70 en 2004, 243'357 fr. 55 en 2005, 211'762 fr. en 2006, 217'208 fr. 90 en 2007 et 218'060 fr. 20 en 2008. Au regard de ces éléments, et compte tenu également du salaire brut signalé dans la déclaration d'accident du 5 novembre 2004 ainsi que des indications résultant de l'attestation de R._____ SA du 30 novembre 2004, O._____ a retenu que la perte de gain de l'assurée était de 6,6%, taux inférieur au seuil de 10% permettant de prétendre à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Relevant en outre que des prestations avaient été allouées en 2005 alors que l'intéressée ne subissait aucune perte de revenu ou une perte très limitée, l'assurance s'est réservée le droit de demander la restitution des indemnités journalières versées à tort en 2005 et au cours des années ultérieures.

En date du 8 juin 2010, l'assurée, désormais représentée par Me Alexandre Guyaz, a transmis à O._____ les statistiques Swissmedic [recte : santésuisse] relatives à son activité professionnelle pour les années 2000 à 2008. A cet égard, elle a souligné que les chiffres d'affaire mentionnés dans ces tableaux ne portaient que sur les honoraires pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, à l'exclusion de la franchise et de la participation aux coûts incombant aux patients. Se fondant cependant sur le nombre de consultations mis en évidence par ces statistiques, elle a excipé d'une perte de 27% équivalant - selon elle - à un taux d'invalidité de 30% au minimum.

d) Par décision du 17 novembre 2010, O. _____ a nié le droit à la rente de l'assurée eu égard à un taux d'invalidité inférieur à 10%. Pour ce faire, après avoir rappelé les conclusions de l'expertise médicale du Dr H. _____, l'assurance a procédé à l'analyse du cas sur le plan économique. Elle a en particulier observé que les statistiques de santésuisse pouvaient certes donner des indices sur le montant des revenus de l'assurée, mais que ces données ne tenaient toutefois pas compte des gains réalisés en-dehors du système de l'assurance obligatoire des soins. Quant aux résultats comptables, O. _____ a estimé qu'ils n'étaient pas suffisamment transparents pour pouvoir s'y fier, ce d'autant que pour l'année 2004 le chiffre d'affaires selon la comptabilité était inférieur à celui ressortant des statistiques de santésuisse, ce qui était incohérent. Cela étant, l'assurance s'est référée au « *salaire assuré AVS, selon les déclarations de salaire AVS* » de 2002 à 2004 – soit 287'734 fr. en 2002, 286'609 fr. 80 en 2003 et 232'825 fr. 70 en 2004 – ainsi qu'au salaire brut indiqué sur la déclaration d'accident du 5 novembre 2004 et aux indications résultant de l'attestation de R. _____ SA du 30 novembre 2004. Elle en a déduit qu'en 2005, année sur laquelle il y avait lieu de se fonder pour examiner le droit éventuel à la rente, le salaire sans invalidité se serait élevé à 263'573 fr. 90. Pour le revenu d'invalidité, O. _____ s'est fondée sur le salaire AVS 2005 déclaré par l'assurée, à concurrence de 243'357 fr. 55. De la comparaison de ces montants résultait une perte de gain de 7,67%, inférieure au taux de 10% ouvrant le droit à la rente. L'assurance a en revanche alloué à l'assurée un montant de 5'340 fr. à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, compte tenu d'une diminution de l'intégrité de 5%, et a renoncé au remboursement des indemnités journalières versées après le 1^{er} octobre 2005.

Par acte de son mandataire du 17 décembre 2010, l'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision. S'agissant en particulier du revenu sans invalidité, elle a rappelé que les statistiques de Swissmedic [recte : santésuisse] ne reflétaient certes qu'imparfaitement son chiffre d'affaire puisqu'elles ne tenaient compte que des remboursements effectués par l'assurance de base, sans égard aux

opérations facturées directement aux patients dans le cadre de leur franchise ou à une quelconque assurance complémentaire ; en outre, les statistiques susdites n'étaient pas fondées sur la même logique économique que la comptabilité de C._____ Sàrl, ce qui pouvait expliquer les différences constatées. Se prévalant en revanche d'informations fournies par R._____ SA, l'assurée a soutenu que son gain de valide s'élevait à 326'715 fr. (moyenne des revenus de 2001 à 2003, indexée à 2005) et son revenu d'invalidé à 183'099 fr. (moyenne des revenus de 2006 à 2009, avec « *indexation à rebours* » à 2005), ce dont il résultait un taux d'invalidité de 43,95%. Partant, l'assurée a sollicité l'octroi d'une rente d'invalidité de 44%. Subsidiairement, dans l'hypothèse où les données transmises par R._____ SA seraient jugées insuffisantes, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise comptable auprès d'un expert indépendant. A cet écrit étaient joints :

- un tableau établi le 13 décembre 2010 par R._____ SA, intitulé « C._____ Sàrl : éléments déterminants pour la perte de gain de A._____ », signalant notamment un chiffre d'affaire de 352'989 fr. en 1999/2000 (17 mois), de 283'601 fr. en 2001, de 293'058 fr. en 2002, de 366'518 fr. en 2003, de 117'935 fr. en 2004, de 272'503 fr. en 2005, de 216'658 fr. en 2006, de 224'299 fr. en 2007, de 172'872 fr. en 2008 et de 146'192 fr. en 2009 ;

- une attestation émise le 14 décembre 2010 par cette même fiduciaire, certifiant que le salaire de 20'000 fr. figurant sur la déclaration d'accident du 5 novembre 2004 correspondait à un salaire net et soulignant que, le chiffre d'affaires correspondant exclusivement à la facturation annuelle, son augmentation en 2005 équivalait vraisemblablement à un retard de facturation en 2004.

Le 31 mai 2011, O._____ a invité l'assurée à lui fournir tous les éléments permettant de chiffrer précisément le salaire de valide, tout en l'informant qu'une rencontre serait prochainement organisée. Le 6 juin suivant, l'assurance a requis la communication du journal des factures 2003, 2004 (pour la période courant jusqu'au 15 octobre 2004), 2005 et

2006, ainsi que de la liste des prestations facturées selon l'assurance de base ou des assurances privées pour les périodes susdites.

En date du 7 septembre 2011 a eu lieu un entretien entre l'assurée, son conseil, un expert fiscal de R._____ SA et un spécialiste des sinistres de personnes d'O._____. Du procès-verbal établi par ce dernier le 9 septembre 2011, il est résulté notamment ce qui suit :

"Madame A._____ précise qu'elle procède à la facturation elle-même dans sa société. Elle ne connaît pas les coordonnées du logiciel qu'elle utilise, mais signale qu'elle n'a pas le logiciel ayant fait l'objet d'une publicité au sein du courrier des médecins vaudois [...].

Madame A._____ affirme ne faire aucune facturation hors LAMal, admettant par la suite que les traitements non pris en charge en LAMal, telle la sclérothérapie, ne font l'objet d'aucune facturation et sont payés sur quittance, la somme payée cash étant déposée dans « la petite caisse ». Il en est de même s'agissant des traitements des varices dans la mesure où ceux-ci ne sont pas pris en charge en LAMal.

Le soussigné rappelle sa demande d'obtenir un listing du journal des factures qui correspond à une liste des factures annualisée. Le comptable de Madame A._____ craint qu'il ne soit [pas] possible de donner une liste plus détaillée, notamment pour l'année 2004 où la demande correspond à un journal jusqu'au 1^{er} octobre 2004. Le comptable rappelle qu'au 1^{er} janvier 2004 le Tarmed est entré en vigueur. Il s'ensuit que toutes les consultations ont été facturées sur l'année, ce qui a occasionné une année comptable 2003 surévaluée par rapport à l'année précédente et suivante.

Il redoute également que les données 2003 ne soient plus disponibles, étant donné qu'à l'instar d'autres cabinets, le cabinet de Madame A._____, C._____ Sàrl, a certainement modifié son programme informatique à cette période et perdu donc les données informatiques antérieures au 1^{er} janvier 2004.

Maître Alexandre Guyaz conteste la pertinence de la demande du journal des factures, mais admet qu'il peut être intéressant d'obtenir la liste des prestations facturées par types d'actes effectués.

L'O._____, même si elle considère que le cas de Madame A._____ doit être évalué sur la base des salaires, accepte qu'une expertise comptable soit mise en oeuvre."

Par envoi du 28 novembre 2011, l'assurée a versé en cause les statistiques des prestations effectuées dans son cabinet de 2000 à 2008.

Le 5 mars 2012, l'intéressée a adressé à O._____ un courrier proposant notamment la candidature de deux sociétés de la région [...] en vue de la réalisation d'une expertise comptable.

Répondant le 19 mars 2012, O._____ a fait savoir à l'assurée que, sauf motif valable s'y opposant, l'expert serait choisi sur la base de la liste des fiduciaires partenaires de la Fédération des médecins suisses (FMH), liste dont un exemplaire était joint en annexe avec un projet de questionnaire à soumettre à l'expert.

Aux termes d'une correspondance du 3 avril 2012, l'intéressée a affirmé qu'elle ne s'opposait *a priori* pas à ce que soit désigné l'un des experts francophones figurant sur la liste transmise par l'assurance. Elle a pour le surplus proposé que certaines modifications soient apportées au projet de questionnaire fourni par O._____.

On extrait ce qui suit d'une note interne établie le 15 juin 2012 par un collaborateur d'O._____ :

"Entretien téléphonique avec M. T._____ (S._____)[.] Ils n'ont encore jamais [fait] un tel type d'expertise. Il est d'avis qu'il est indispensable qu'un tel type d'expertise soit fait en commun avec un expert dermatologue. Me suggère de regarder avec M._____ Consulting ([M]. Q._____) en précisant que j'appelle de sa part. Il pourra certainement me conseiller."

Le même jour, O._____ a fait savoir à l'assurée que dans le cadre d'une prise de contact avec un expert comptable potentiel, ce dernier avait souligné que, s'agissant de l'appréciation de l'activité d'un médecin, il serait indispensable de s'adjoindre les services d'un médecin dermatologue. Aussi apparaissait-il nécessaire de mettre en œuvre une expertise commune auprès d'un expert dermatologue et d'un expert comptable. L'assurance a pour le surplus communiqué à l'intéressée un nouveau projet de questionnaire tenant compte des propositions formulées par cette dernière « *dans la mesure de leur pertinence* ».

Diverses prises de contact entre l'assurée et O._____ se sont ensuite succédées jusqu'à la fin octobre 2012, portant notamment sur la teneur du questionnaire susdit.

Par courrier du 11 février 2013, l'assurée a exposé que, faute pour l'assurance d'avoir jusqu'alors mis sur pied l'expertise convenue entre les parties, elle avait elle-même pris l'initiative de s'adresser à W._____, économiste d'entreprise œuvrant en tant qu'inspecteur économique auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de F._____. Ce dernier avait établi un rapport d'expertise indépendante le 2 février 2013, joint en annexe. Il en ressortait notamment que l'horaire d'ouverture du cabinet médical de l'intéressée avait atteint 33 heures hebdomadaires avant l'accident et qu'il était de 26 heures par semaine après l'accident. En outre, la moyenne des consultations journalières s'était élevée à 45 avant l'accident, pour descendre ensuite à 30. Quant à la comparaison des champs d'activité de l'assurée dans l'exploitation de son cabinet de dermatologie, elle mettait en évidence ce qui suit :

Sans handicap: 46 consultations en moyenne/jour				Avec handicap: 30 consultations en moyenne par jour
Champ d'activité sans atteinte à la santé	Pondération sans handicap	Taux d'incapacité	Incapacité de travail pondérée	Précision de la limitation. Exécution de travaux par des tiers
Administration du cabinet Gestion/organisation/personnel/positionnement Tamed, adm. du courrier, certificat médicaux, cours de formation postgrade etc.	5%	0%	0%	Pas de limitation dans cette position.
Consultations dermatologiques et interventions chirurgicales Biopsies cutanées, excisions, curetage coagulation, infiltration. Chirurgie phlébologique et sclérothérapie. Les consultations sont courtes et rapides. Mme _____ est organisée dans 2 salles de traitement simultanément pour traiter 2 patients à la fois. En temps normal, le débit de consultations est de 45 personnes en moyenne par journée.	95%	45%	43%	L'atteinte à la santé due à l'accident provoque une incapacité de travail dans l'activité de dermatologue. Mme _____ est gênée par la difficulté à apprécier correctement par le toucher les lésions cutanées auxquelles elle a à faire. Elle est aussi handicapée par la sensation permanente et croissante avec l'effort de sa fatigue du membre supérieur droit. Dans l'activité chirurgicale, la gêne est plus importante dans la mesure où le geste fin et précis qui est exigé d'elle nécessite une stratégie dans le mouvement pour qu'il soit mieux assuré. Le geste chirurgical devient plus lent, plus fatigant et plus contraignant. Par conséquent, les consultations sont diminuées de 45 en moyenne par jour à 30 en moyenne.
Total	100%		43%	

S'agissant de la détermination des revenus selon la comptabilité, elle résultait du tableau suivant :

Incapacité de travail			Accident		50%		01.10.2005		25%		25%		25%		25%	
	2002	en %	2003	en %	2004	en %	2005	en %	2006	en %	2007	en %	2008	en %	2009	en %
Comptes d'exploitations des années																
Honoraires	556'794	100.0%	669'230	99.7%	352'541	96.1%	456'068	100.0%	433'902	100.0%	455'029	99.1%	456'527	98.7%	432'776	95.8%
Produits financiers	59	0.0%	31	0.0%	26	0.0%	19	0.0%	17	0.0%	16	0.0%	14	0.0%	22	0.0%
Ajustements		0.0%	2'182	0.3%	14'460	3.9%	0	0.0%	0	0.0%	4'180	0.9%	5'786	1.3%	19'102	4.2%
Produit d'exploitation total	556'853	100.0%	671'443	100.0%	367'027	100.0%	456'087	100.0%	433'919	100.0%	469'225	100.0%	462'328	100.0%	461'900	100.0%
Fournitures médicales	39'379	7.1%	51'094	7.6%	40'260	11.0%	38'960	8.5%	36'492	8.4%	35'608	7.8%	34'602	7.5%	37'318	8.3%
		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%
Marge brute 1	517'474	92.9%	620'349	92.4%	326'767	89.0%	417'127	91.5%	397'427	91.6%	423'617	92.2%	427'727	92.5%	414'582	91.7%
Salaires	335'874	60.3%	393'233	58.6%	249'758	68.0%	309'851	67.9%	278'256	64.1%	283'803	61.8%	285'938	61.8%	290'195	64.2%
Charges sociales & Frais du personnel	39'799	7.1%	48'247	7.2%	31'859	8.7%	47'235	10.4%	44'309	10.2%	45'447	9.9%	47'366	10.2%	48'826	10.8%
Indemnité APG		0.0%		0.0%	-16'973	-4.6%	-95'016	-20.8%	-40'935	-9.4%	-29'179	-6.4%	0	0.0%	0	0.0%
Marge brute2	141'801	25.5%	178'869	26.6%	62'123	16.9%	165'057	34.0%	115'797	26.7%	123'546	26.9%	94'423	20.4%	78'581	16.7%
Loyer & charges	44'617	8.0%	44'620	6.6%	4'880	12.2%	4'642	10.2%	45'000	10.4%	45'500	9.9%	49'384	10.7%	47'827	10.6%
Cotisation professionnelle	2'375	0.4%	4'315	0.6%	3'115	0.8%	3'213	0.7%	2'797	0.6%	2'914	0.6%	2'934	0.6%	3'239	0.7%
Frais financiers	6'774	1.2%	7'904	1.2%	5'561	1.5%	9'216	2.0%	8'550	2.0%	10'148	2.2%	5'629	1.2%	5'417	1.2%
Frais déplacements	2'655	0.5%	3'494	0.5%	5'017	1.4%	6'434	1.4%	4'812	1.1%	5'341	1.2%	8'730	1.9%	10'274	2.3%
Primes d'assurance	1'730	0.3%	1'754	0.3%	1'757	0.5%	3'586	0.8%	3'520	0.8%	3'499	0.8%	3'498	0.8%	3'516	0.8%
Fournitures bureaux & div. frais adminis.	17'373	3.1%	26'201	3.9%	16'251	4.4%	17'881	3.9%	15'097	3.5%	15'140	3.3%	17'939	3.9%	20'257	4.5%
Frais représentations & congrès	4'202	0.8%	4'327	0.6%	4'864	1.3%	14'209	3.1%	6'589	1.5%	6'932	1.5%	2'512	0.5%	4'760	1.1%
Honoraires & contentieux	6'434	1.2%	5'962	0.9%	5'110	1.4%	2'933	0.6%	3'946	0.9%	4'142	0.9%	4'076	0.9%	4'286	0.9%
Impôt Sàrl	13'519	2.4%	18'069	2.7%	100	0.0%	679	0.1%	153	0.0%	1'164	0.3%	-1'560	-0.3%	-79	0.0%
Autres dépenses d'exploitation	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	18	0.0%	160	0.0%
Cash-flow	42'122	7.6%	62'223	9.3%	-24'532	-6.7%	50'494	11.1%	25'333	5.8%	28'766	6.3%	1'263	0.3%	-24'096	-5.3%
Amortissements	21'740	3.9%	20'101	3.0%	20'873	5.7%	21'330	4.7%	20'419	4.7%	17'580	3.8%	40'650	8.8%	28'649	6.3%
Bénéfice d'exploitation	20'382	3.7%	42'122	6.3%	-45'405	-12.4%	29'164	8.4%	4'914	1.1%	11'186	2.4%	-39'387	-8.6%	-52'745	-11.7%
Salaires de Mme Krayenbühl (extrait CI)	287'735	51.7%	286'610	42.7%	232'826	63.4%	243'358	53.4%	211'762	48.8%	217'809	47.4%	218'050	47.2%	218'050	48.3%
/ Indemnité APG		0.0%		0.0%	-16'973	-4.6%	-95'016	-20.8%	-40'935	-9.4%	-29'179	-6.4%		0.0%		0.0%
Corrections des amortissements		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%		0.0%	20'000	4.3%	7'000	1.5%
Revenu total de Mme Krayenbühl cor.	308'117	55.3%	328'732	49.0%	170'448	46.4%	177'508	38.8%	175'741	40.5%	199'816	43.6%	198'673	43.0%	172'316	38.1%

L'expert privé W. _____ exposait par ailleurs ce qui suit :

"Pour déterminer le revenu de Mme A. _____, on tient compte non seulement du salaire que s'attribue Mme A. _____, mais également de la moyenne des bénéfices d'exploitation de plusieurs années après les éventuelles corrections apportées comme pour un indépendant [...].

Revenu sans invalidité: Ø des années 2002 & 2003 (308'117.- + 328'732.- sur 2) = Fr. 318'425.-.

[...]

9. Evaluation de l'invalidité

Les exercices comptables des années 2004/05 ne sont pas pertinentes pour déterminer le revenu avec invalidité. Le taux d'invalidité doit être calculé lorsque l'état de santé est stabilisé, ce qui est le cas en automne 2005. **Les années à prendre en compte sont 2006/07/08/09.**

Revenu sans invalidité	2006
Ø des années 2002 & 2003: Fr. 318'425.- indexé IPC en 2006	SFr. 328'074
/ 3.5% d'intérêts sur les fonds propres investis dans l'entreprise (Frs 19'000.-)	SFr. 665
Revenu hypothétique sans invalidité de la personne assurée	SFr. 327'409
Revenu d'invalidé	
conformément aux bouclements comptables, sans revenus subsidiaires pour la personne assurée (ex: les indemnités journalières ou les rentes). Année 2006	SFr. 175'541
/ 3.5% d'intérêts sur les fonds propres investis dans l'entreprise (Frs 19'000.-)	SFr. 665
Revenu d'invalidé de la personne assurée	SFr. 174'876
Diminution du revenu de l'activité professionnelle imputable au handicap	SFr. 152'533
Taux de la diminution du revenu de l'activité professionnelle	47%

Revenu sans invalidité	2007
Ø des années 2002 & 2003: Fr. 318'425.- indexé IPC en 2007	SFr. 330'413
/ 3.5% d'intérêts sur les fonds propres investis dans l'entreprise (Frs 19'000.-)	SFr. 665
Revenu hypothétique sans invalidité de la personne assurée	SFr. 329'748
Revenu d'invalidé	
conformément aux bouclements comptables, sans revenus subsidiaires pour la personne assurée (ex: les indemnités journalières ou les rentes), année 2007	SFr. 199'816
/ 3.5% d'intérêts sur les fonds propres investis dans l'entreprise (Frs 19'000.-)	SFr. 665
Revenu d'invalidé de la personne assurée	SFr. 199'151
Diminution du revenu de l'activité professionnelle imputable au handicap	SFr. 130'597
Taux de la diminution du revenu de l'activité professionnelle	40%

Revenu sans invalidité	2008
Ø des années 2002 & 2003: Fr. 318'425.- indexé IPC en 2008	SFr. 338'600
/ 3.5% d'intérêts sur les fonds propres investis dans l'entreprise (Frs 19'000.-)	SFr. 665
Revenu hypothétique sans invalidité de la personne assurée	SFr. 337'935
Revenu d'invalidé	
conformément aux bouclements comptables, sans revenus subsidiaires pour la personne assurée (ex: les indemnités journalières ou les rentes), année 2008	SFr. 198'673
/ 3.5% d'intérêts sur les fonds propres investis dans l'entreprise (Frs 19'000.-)	SFr. 665
Revenu d'invalidé de la personne assurée	SFr. 198'008
Diminution du revenu de l'activité professionnelle imputable au handicap	SFr. 139'927
Taux de la diminution du revenu de l'activité professionnelle	41%

Revenu sans invalidité	2009
Ø des années 2002 & 2003: Fr. 318'425.- indexé IPC en 2009	SFr. 336'846
/ 3.5% d'intérêts sur les fonds propres investis dans l'entreprise (Frs 19'000.-)	SFr. 665
Revenu hypothétique sans invalidité de la personne assurée	SFr. 336'181
Revenu d'invalidé	
conformément aux bouclements comptables, sans revenus subsidiaires pour la personne assurée (ex: les indemnités journalières ou les rentes), année 2009	SFr. 172'315
/ 3.5% d'intérêts sur les fonds propres investis dans l'entreprise (Frs 19'000.-)	SFr. 665
Revenu d'invalidé de la personne assurée	SFr. 171'650
Diminution du revenu de l'activité professionnelle imputable au handicap	SFr. 164'531
Taux de la diminution du revenu de l'activité professionnelle	49%

[...]

2004		2005	
Revenu sans invalidité		Revenu sans invalidité	
Ø des années 2002 à 2003: Fr. 318'425.-, indexé en 2004		Ø des années 2002 à 2003: Fr. 318'425.-, indexé en 2005	
/ 3.5% d'intérêts sur les fonds propres investis dans l'entreprise (Fr. 19'000.-)		/ 3.5% d'intérêts sur les fonds propres investis dans l'entreprise (Fr. 19'000.-)	
SFr. 320'764	SFr. 665	SFr. 324'565	SFr. 665
Revenu hypothétique sans invalidité de la personne assurée		Revenu hypothétique sans invalidité de la personne assurée	
SFr. 320'089		SFr. 323'900	
Revenu d'invalidité		Revenu d'invalidité	
conformément aux boucléments comptables, sans revenus subsidiaires pour la personne assurée (ex: les indemnités journalières ou les rentes), année 2004		conformément aux boucléments comptables, sans revenus subsidiaires pour la personne assurée (ex: les indemnités journalières ou les rentes), année 2005	
/ 3.5% d'intérêts sur les fonds propres investis dans l'entreprise (Fr. 19'000.-)		/ 3.5% d'intérêts sur les fonds propres investis dans l'entreprise (Fr. 19'000.-)	
SFr. 170'448	SFr. 665	SFr. 177'506	SFr. 665
Revenu d'invalidité de la personne assurée		Revenu d'invalidité de la personne assurée	
SFr. 167'783		SFr. 176'841	
Diminution du revenu de l'activité professionnelle imputable au handicap		Diminution du revenu de l'activité professionnelle imputable au handicap	
SFr. 150'318		SFr. 147'059	
Taux de la diminution du revenu de l'activité professionnelle		Taux de la diminution du revenu de l'activité professionnelle	
47%		48%	

Récapitulation des taux d'invalidité

Année	Taux	Taux moyen
2004	47%	
2005	45%	Ø : 46%
2006	47%	
2007	40%	
2008	41%	
2009	49%	Ø : 44%

10. Conclusion de l'expertise

Tous les éléments de preuve de mon expertise composent un puzzle dont les pièces s'emboîtent parfaitement à tous les niveaux. En comparant le taux d'incapacité de travail tiré des champs d'activité (point 6) qui est de 43% avec le taux d'invalidité moyen extrait des comptes de l'entreprise de 44%, on voit que l'expertise est congruente.

Le changement d'activité ou de profession n'est pas exigible de Mme A. _____ car l'équivalence **de la capacité de gain** est difficile, voire impossible à atteindre dans une autre activité.

Le concept légal de «l'invalidité selon art. 8 LPG» est ainsi synonyme de **diminution de la capacité de gain résultant de l'atteinte à la santé**. Sur la base de mon analyse financière et en se référant aux conclusions de l'expertise médicale du Dr H. _____, on constate que **l'élément causal** entre l'atteinte à la santé et la perte économique est justifié avec un **taux d'invalidité moyen de 44%, ceci à long terme.**"

Par courrier du 27 mars 2013, O. _____ a estimé que les conclusions de l'expertise de W. _____ ne permettaient pas de statuer quant à un éventuel droit à la rente. Elle a pour le surplus invité l'assurée à s'expliquer quant à un extrait du registre du commerce dont il résultait

qu'elle figurait en tant qu'associée de la société en nom collectif V._____, active depuis août 2008 et dont le but était le suivant : « conseil en matière de médecine esthétique ».

Le 10 avril 2013, l'intéressée a contesté la position de l'assurance s'agissant de l'expertise précitée. Elle a expliqué, en outre, que la société V._____ n'avait jamais eu d'activité et avait toujours été déclarée comme inactive sur le plan fiscal.

A teneur d'une écriture du 19 avril 2013, O._____ a tout d'abord relevé que le domaine d'activité de la société V._____ - soit le conseil en matière de médecine esthétique - constituait un travail parfaitement adapté pour l'assurée. Elle a exposé, par ailleurs, que l'expert privé W._____ n'avait qu'imparfaitement tenu compte de la diminution de la capacité de travail de 25% arrêtée par l'expertise médicale du Dr H._____ et ne s'était pas expliqué sur les divergences existant entre les résultats comptables et les revenus annoncés à l'AVS (s'agissant essentiellement la période antérieure à 2005), pas plus qu'il ne s'était exprimé s'agissant d'un aménagement possible des activités effectivement accomplies ou de l'exigibilité d'autres activités en vue de pallier à une éventuelle perte. Aussi O._____ a-t-elle indiqué que l'entier des éléments en sa possession allait être soumis à un expert comptable de son choix.

Le 24 avril 2013, l'assurance a écrit à l'assurée pour l'informer que les pièces comptables au dossier allaient être soumises à K._____, de la société B._____, afin que ce dernier fasse part de ses éventuelles critiques quant aux conclusions de l'expertise comptable de W._____, respectivement procède à une expertise comptable complète.

Aux termes d'un courrier du 26 avril 2013, l'assurée a demandé à ce que K._____ - dont elle a relevé qu'il ne figurait pas sur la liste des fiduciaires partenaires de la FMH transmise en mars 2012 par l'assurance - prenne contact avec son conseil de façon à ce qu'elle puisse lui faire part de sa position.

Le 6 mai 2013, O. _____ a établi une note interne suite à un entretien avec K. _____, libellée de la manière suivantes : « *Transmission des pièces et explication des limites du mandat à faire une analyse de l'expertise de partie au vu de[s] pièces afin d'apprécier la valeur probante de l'expertise produite* ».

Le 11 juin 2013, l'assurée a produit divers documents fiscaux relatifs à l'absence de revenu généré par la société V. _____.

Par envoi du 21 août 2013, l'intéressée a versé en cause un rapport d'enquête économique pour les indépendants établi le 15 juillet 2013 par X. _____ de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), à la suite d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée le 26 février 2013 en lien avec l'atteinte consécutive à l'accident du 15 octobre 2004. Ledit compte-rendu relevait notamment que les heures d'ouverture du cabinet de l'assurée avaient atteint 33 heures hebdomadaires avant l'accident puis 26 heures hebdomadaires après l'accident, respectivement que l'horaire de travail global de cette dernière pouvait être estimé à 42 heures par semaine avant l'atteinte à la santé, puis à 34 heures par semaine après l'atteinte à la santé. Ce rapport exposait par ailleurs ce qui suit :

"5.1 Tableau des comptes d'exploitation

Voir Annexe 1

Remarque : Monsieur W. _____, expert économique mandaté par l'avocat de Madame A. _____, a fixé le RS (revenu hypothétique sans atteinte à la santé) en se basant sur les comptes des années 2002 et 2003, soit uniquement 2 exercices comptables.

La pratique des Offices AI consiste à solliciter les comptes des 5 années précédant l'atteinte à la santé et de s'y référer pour la détermination du RS lorsque les circonstances le permettent.

Dans le cas de notre assurée, cette dernière était indépendante depuis 1991 et a transféré son cabinet de [...] à [...] en 1999 en modifiant la structure de son entreprise par la création d'une société à responsabilité limitée.

Nous estimons que les comptes de 1999 et de 2000 ne sont pas vraiment utilisables car influencés par le changement structurel

intervenu en août 1999 et le fait que les premiers comptes de la Sàrl couvrent un exercice de 17 mois.

Par contre les chiffres de l'année 2001 sont représentatifs pour déterminer le revenu avant l'atteinte à la santé. Cette année-là notre assurée bénéficiait d'ores et déjà d'une bonne clientèle, étant entendu que le transfert de son cabinet de [...] à [...] n'a vraisemblablement pas justifié la perte d'une part importante de sa clientèle. Nous avons donc basé notre analyse sur les résultats comptables des années 2001 à 2003 pour fixer le RS.

Les amortissements fluctuent de manière importante d'une année à l'autre, passant de Sfr. 7'598.- en 2012 à Sfr. 40'650.- en 2008. Nous avons donc procédé à une correction comptable en lissant ces amortissements de manière constante entre 2000 et 2012 (moyenne de Sfr. 20'276.- / année).

Huit exercices comptables complets (2005 à 2012) ont été bouclés depuis la survenance de l'accident. Nous constatons que les revenus bruts corrigés varient entre Sfr. 173'688.- (en 2009) et Sfr. 224'570.- (en 2011) avec une moyenne de Sfr. 198'088.-/année.

5.2 Relevé du CI

Années	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
C. _____ Sàrl	213'362	224'523	218'060	218'060	186'464	186'787	186'787

[...]

5.4 Préjudice économique déterminé sur la base de l'examen des comptes :

Lors de l'examen des comptes des assurés de condition indépendante, ou salariés de leur propre SA ou Sàrl, l'indexation des revenus n'est pas systématique, étant entendu que des variations conjoncturelles peuvent également influencer les résultats. Toutefois, le RS ayant été déterminé sur la base des comptes des années 2001 à 2003 et le RI sur les comptes des années 2010 à 2012. nous estimons judicieux de tenir compte de l'indexation des revenus.

Selon la pratique de notre Office, les revenus sont indexés sur la base de l'indice des salaires nominaux.

Il convient de relever que le passage au système de facturation selon Tarmed en 2004 aurait permis aux dermatologues d'augmenter leur chiffre d'affaires de 10% à 20% selon les informations qui nous ont été transmises par Madame A. _____. L'indexation prise en compte pour nos calculs représente une hausse du revenu de référence de plus de 17% entre 2001 et 2012, nous pouvons donc admettre que ceci compense plus ou moins le passage à la facturation selon Tarmed.

Le tableau de l'annexe 2 récapitule les données comptables année après année[.]

Nous pouvons constater qu'en 2005 / 2006 et 2009 le préjudice économique était supérieur à 40% alors qu'il se situait au-dessous de ce seuil en 2007 et 2008, ainsi que depuis 2010[.]

La demande AI ayant été déposée en février 2013, le droit à des prestations pourrait s'ouvrir au plus tôt en août 2013.

Nous avons donc retenu les comptes des 3 dernières années bouclées (2010 à 2012) pour calculer le taux d'invalidité actuelle. Il s'agit en effet de la situation économique correspondant le plus vraisemblablement à la situation actuelle.

Nous ret[ie]ndrons donc les chiffres suivants, valeur 2012 :

RS : Sfr. 343'495[.]-

RI : Sfr. 218'895.-

Préjudice économique: Sfr. 124'600.- (36.27%)

[...]

6. Comparaison des champs d'activités

Voir annexe 3

Cette approche nous donne une capacité de travail pondérée de l'ordre de 67%, ce qui correspond à une incapacité de travail de l'ordre de 33%.

S'agissant d'une incapacité de travail et non de gains, il est assez logique que le taux soit légèrement différent de celui[...]ci-dessus mentionné.

[...]

8. Conclusion, mesures de réadaptation

[...]

Une expertise économique pour indépendant a été effectuée en janvier dernier par un expert indépendant.

Nos conclusions s'écartent quelque peu de celles de l'expertise précitée étant entendu que, comme le veut la pratique de notre assurance, nous avons sollicité et obtenu les éléments comptables des années 1999 à 2004 (5 ans avant l'atteinte) et 2005 à 2012 (dernier exercice comptable bouclé).

La structure juridique et financière de l'entreprise de Madame A._____ s'étant modifiée en 1999 et le premier exercice comptable de la Srl couvrant une période de 17 mois (1999 - 2000), nous avons retenu les chiffres de 2001 à 2003 pour fixer le revenu hypothétique sans atteinte à la santé (RS).

La demande de prestations ayant été déposée en février 2013 auprès de notre assurance, le droit à des prestations financières

pourrait s'ouvrir au plus tôt en août 2013. Il convient donc d'examiner la situation économique des dernières années pour fixer le revenu d'invalidé actuel (RI).

L'examen de la comptabilité nous montre que les revenus de notre assurée (salaire + bénéfice d'exploitation de la Sàrl) ont augment[é] assez sensiblement en 2010 et sont assez régulier[s] depuis lors. Nous avons donc pris en considération les 3 derniers exercices comptables bouclés (2010 à 2012) pour calculer le revenu d'invalidé.

Le tableau de l'annexe 2 nous permet de relever les chiffres suivants, valeur 2012 :

RS : Sfr. 343'495[.]

RI : Sfr. 218'895.-

Préjudice économique: Sfr. 124'600.- (36.27%)

Le tableau précité nous permet de relever que le taux d'invalidité a été supérieur ou proche de 40% pendant les années 2005 à 2009 mais ceci ne rentre pas en considération pour l'examen des droits de l'assurée à des prestations de notre assurance au vu du dépôt tardif de la demande.

Mesures de réadaptation :

Sur la base de l'analyse ci-dessus, nous constatons que le taux d'invalidité de Madame A. _____ reste important, avec un taux de 36.27%.

Un tel taux ouvrirait naturellement le droit à des mesures de réadaptation. Toutefois, compte tenu d'un revenu d'invalidé supérieur à Sfr. 200'000.-, nous voyons mal quel type de mesure de reclassement serait susceptible d'améliorer la capacité de gain de notre assurée.

La poursuite de son activité de dermatologue indépendante selon les conditions actuelles correspond vraisemblablement à la meilleure mise en valeur possible de la capacité de travail résiduelle de Madame A. _____."

L'annexe 1 du rapport d'enquête avait la teneur suivante :

Incapacité de travail (L.M)		Création Sàrl 01.08.1999										15.10.04		
Comptes de l'année	2000	en %	2000	en %	2001	en %	2002	en %	2003	en %	2004	en %	2005	en %
	17 mois 99-00		sur 12 mois											
Honoraires	793455	100%		0%	563761	100%	556794	100%	669230	100%	352541	96%	456068	100%
Autres produits	2628	0%		0%	100	0%	60	0%	2214	0%	14486	4%	19	0%
Produit d'exploitation total	796083	100%	561941	100%	553861	100%	556853	100%	671444	100%	367027	100%	456087	100%
Charges marchandises	64627	8%		0%	32533	6%	39379	7%	51094	8%	40280	11%	38960	9%
Sous-traitance, analyses	10070	1%		0%	5322	1%		0%		0%		0%		0%
Marge brute 1	721386	91%	509214	91%	526066	93%	517474	93%	620349	92%	326767	89%	417126	91%
Salaires	442988	56%		0%	327214	58%	335874	60%	393233	59%	249758	68%	309851	68%
Charges salariales + frais	60828	8%		0%	39324	7%	39799	7%	48247	7%	31859	9%	47235	10%
Indemnités APG		0%		0%		0%		0%		0%	-16973	-5%	-95016	-21%
Marge brute 2	217571	27%	153579	27%	159468	28%	141801	26%	178870	27%	62123	17%	155058	34%
Loyers, coût des bâtiments	61833	8%		0%	44160	8%	44817	8%	44820	7%	44880	12%	46412	10%
Frais financiers	9865	1%		0%	6793	1%	6774	1%	7904	1%	5561	2%	9216	2%
Petit matériel et entretien	9818	1%		0%	4524	1%	4918	1%	5845	1%	4030	1%	5111	1%
Frais véhicules + déplacements	7411	1%		0%	3770	1%	2655	0%	3495	1%	5017	1%	6435	1%
Primes d'assurances	3593	0%		0%	1730	0%	1730	0%	1754	0%	1757	0%	3586	1%
Frais administratifs	43306	5%		0%	28648	5%	21264	4%	30633	5%	20446	6%	18914	4%
Frais représentation et congrès	13457	2%		0%	12304	2%	4202	1%	4327	1%	4864	1%	14209	3%
Impôts	16084	2%		0%	4441	1%	13519	2%	18069	3%	101	0%	679	0%
Cash-flow	52203	7%	36849	7%	53098	9%	42123	8%	62223	9%	-24533	-7%	50494	11%
Amortissements	18753	2%	13238	2%	29398	5%	21740	4%	20110	3%	20873	6%	21330	5%
Bénéfice d'exploitation	33450	4%	23812	4%	23700	4%	20383	4%	42122	6%	-45405	-12%	29164	6%
Salairé assurée (CI)			240057		230000		287734		286609		232357		243357	53%
./. Indemnités APG		0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	-16973	-5%	-95016	-21%
Revenu cumulé	0%	263969	47%	253700	45%	308117	55%	328731	49%		169979	46%	177505	39%
+ amortissements		13238		29398		21740		20101		20873		21330		
./. Amortiss. Lissé 2000 -2011		-20276		-20276		-20276		-20276		-20276		-20276		
Revenu brut corrigé		256630		262822		309581		328556		170575		178559		
./. Indice salaires nominaux année en cours		2190		2245		2296		2334						
x. Indice salaires nominaux année 2003		2334		2334		2334		2334						
Revenu brut indexé pour 2003		273504		273241		314704		328556						
Revenu moyen 01 - 03 (RS)								305501						

Incapacité de travail (L.M)														
Comptes de l'année	2006	en %	2007	en %	2008	en %	2009	en %	2010	en %	2011	en %	2012	en %
Honoraires	433902	100%	455029	99%	456528	99%	432776	96%	485719	99%	511778	99%	508492	99%
Autres produits	17	0%	4196	1%	5802	1%	19124	4%	5802	1%	5800	1%	5797	1%
Produit d'exploitation total	433919	100%	459225	100%	462329	100%	451900	100%	491521	100%	517578	100%	514289	100%
Charges marchandises	36492	8%	35608	8%	34602	7%	37318	8%	40770	8%	37394	7%	30499	6%
		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%
Marge brute 1	397428	92%	423617	92%	427727	93%	414582	92%	450752	92%	480184	93%	483790	94%
Salaires	278256	64%	283803	62%	289938	62%	290195	64%	254342	52%	284773	55%	254773	50%
Charges salariales + frais	44310	10%	45447	10%	47366	10%	48826	11%	46510	9%	53889	11%	78589	15%
Indemnités APG	-40935	-9%	-29179	-6%		0%		0%		0%		0%		0%
Marge brute 2	115798	27%	123546	27%	94424	20%	75560	17%	148899	30%	139522	27%	149418	29%
Loyers, coût des bâtiments	45000	10%	45500	10%	49384	11%	47827	11%	47996	10%	47955	9%	48334	9%
Frais financiers	8550	2%	10148	2%	5629	1%	5417	1%	5076	1%	3070	1%	1665	0%
Petit matériel et entretien	3915	1%	3287	1%	6076	1%	5607	1%	2433	0%	2186	0%	3310	1%
Frais véhicules + déplacements	4812	1%	5341	1%	8730	2%	10274	2%	6296	1%	5962	1%	9176	2%
Primes d'assurances	3520	1%	3498	1%	3498	1%	3516	1%	3676	1%	3676	1%	4410	1%
Frais administratifs	17925	4%	18909	4%	18873	4%	22175	5%	22737	5%	17436	3%	18957	4%
Frais représentation et congrès	6589	2%	6932	2%	2512	1%	4760	1%	3250	1%	3335	1%	5884	1%
Impôts	164	0%	1164	0%	-1541	0%	79	0%	53	0%	5021	1%	14065	3%
Cash-flow	25333	6%	28767	6%	1263	0%	-24096	-5%	58382	12%	50881	10%	43617	8%
Amortissements	20419	5%	17580	4%	40650	9%	28649	6%	12218	2%	9798	2%	7598	1%
Bénéfice d'exploitation	4914	1%	11187	2%	-39387	-9%	-52745	-12%	46164	9%	41083	8%	36019	7%
Salairé assurée (CI)	213362		224523	49%	218060	47%	218060	48%	186464	38%	186787	36%	186787	36%
./. Indemnités APG	-40935	-9%	-29179	-6%		0%		0%		0%		0%		
Revenu cumulé	177340	41%	206531	45%	178673	39%	166315	37%	232628	47%	227870	44%	222806	43%
+ amortissements	20419		17580		40650		28649		12218		9798		7598	
./. Amortiss. Lissé 2000 -2011	-20276		-20276		-20276		-20276		-20276		-20276		-20276	
Revenu brut corrigé	177483		203834		199047		173688		224570		217392		210128	

L'annexe 2 du rapport d'enquête indiquait en outre les éléments suivants :

Analyse du préjudice économique année par année, y.c indexation du RS

Année	2001-2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
RS val. 2003	fr. 305'501	fr. 305'501	fr. 305'501	fr. 305'501	fr. 305'501	fr. 305'501	fr. 305'501	fr. 305'501	fr. 305'501
./. Intérêt capital (3.5% x 19'000.-)	fr. -665	fr. -665	fr. -665	fr. -665	fr. -665	fr. -665	fr. -665	fr. -665	fr. -665
RS corrigé	fr. 304'836	fr. 304'836	fr. 304'836	fr. 304'836	fr. 304'836	fr. 304'836	fr. 304'836	fr. 304'836	fr. 304'836
Indice salaires nominaux 2003	2334	2334	2334	2334	2334	2334	2334	2334	2334
Indice sal. nomin. année en cours	2334	2386	2417	2454	2499	2552	2579	2604	2630
RS indexé année en cours	fr. 304'836	fr. 311'627	fr. 315'676	fr. 320'508	fr. 326'386	fr. 333'308	fr. 336'834	fr. 340'099	fr. 343'495
RI selon comptes		fr. 178'559	fr. 177'483	fr. 203'834	fr. 199'047	fr. 173'688	fr. 224'570	fr. 217'392	fr. 210'128
./. Intérêt capital (3.5% x 19'000.-)		fr. -665	fr. -665	fr. -665	fr. -665	fr. -665	fr. -665	fr. -665	fr. -665
RI corrigé		fr. 177'894	fr. 176'818	fr. 203'169	fr. 198'382	fr. 173'023	fr. 223'905	fr. 216'727	fr. 209'463
Préjudice économique		fr. 133'733	fr. 138'858	fr. 117'339	fr. 128'004	fr. 160'285	fr. 112'929	fr. 123'373	fr. 134'032
Taux d'invalidité économique		43%	44%	37%	39%	48%	34%	36%	39%

La demande AI a été déposée le 18.02.2013. Le droit aux prestations serait ouvert au plus tôt en août 2013
Il s'agit de statuer sur la situation "actuelle". Nous retiendrons donc les résultats des années 2010 à 2012

N
L?

	2010	2011	2012
RI selon comptes	fr. 223'905	fr. 216'727	fr. 209'463
Indice sal. nomin. année en cours	2'579	2'604	2'630
Indice salaires nominaux 2012	2'630	2'630	2'630
RI valeur 2012	fr. 228'333	fr. 218'891	fr. 209'463
RI moyen 2010 - 2012	fr. 218'895		

Calcul du taux d'invalidité moyen 2010-2012		
RS valeur 2012	fr. 343'495	
RI moyen valeur 2012	fr. 218'895	
Préjudice économique	fr. 124'600	36.27%

Office AI-Vaud

Quant à l'annexe 3, il en résultait ce qui suit :

Champ d'activité	Heures hebdo sans handicap	Pondération sans handicap (en %)	Heures hebdo avec handicap	Rendement estimé avec handicap	Capacité de travail résiduelle avec handicap (en %)	Capacité de travail pondérée	Commentaires Précision de la limitation
1 Phlébologie, y.c phléboctomie et sclérothérapie	18	42.9%	0.0	100%	0%	0.0%	Activité inadaptée; gestes fins et précis nécessitant l'usage des 2 mains.
2 Dermatologie, y.c interventions chirurgicales légères	18	42.9%	29.0	80%	129%	55.2%	Rendement diminué par les limitations fonctionnelles
3 Travaux administratifs	3	7.1%	2.0	100%	67%	4.8%	Tâches proportionnelles au volume d'activité
4 Formation continue	3	7.1%	3.0	100%	100%	7.1%	
Total	42	100%	34.0			67.1%	

L'assurée a également produit un projet de décision du 22 juillet 2013 par lequel l'OAI l'informait qu'il envisageait de lui refuser le droit à la rente, eu égard à un taux d'invalidité de 36,27% inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à telle prestation.

Le 26 août 2013, O. _____ a transmis à l'assurée un compte-rendu que lui avait adressé K. _____ le 19 août précédent, faisant état de ce qui suit :

"Je me réfère au mandat que vous m'avez confié le 6 mai 2013.

J'ai pris connaissance de la documentation que vous m'avez remise, notamment du « rapport d'expertise indépendante », daté du 2 février 2013, établi par Monsieur W._____, expert AI/économiste d'entreprise à [...].

Vous trouverez ci-après ma prise de position sur le « rapport d'expertise indépendante » et mes conclusions.

1 BASE DE TRAVAIL

L'accident dont a été victime Madame [le] Dr. A._____, dermatologue FMH, a eu lieu le 15 octobre 2004.

A ce moment-là, Madame A._____ exploitait, par le biais de la société C._____ Sàrl constituée en décembre 1999 dont elle était associée gérante, un cabinet médical spécialisé en dermatologie et vénéréologie.

L'expertise a pour but

- a) de déterminer le revenu de Madame A._____ au moment de l'accident
- b) de déterminer le dommage subi par Madame A._____ depuis l'accident

L'activité de la société a continué après l'accident, mais de manière restreinte.

2 PERTE DE REVENU SELON LE « RAPPORT D'EXPERTISE INDÉPENDANTE » - PRISE DE POSITION

Pour déterminer le revenu de Madame A._____ au moment de l'accident, l'expert s'est basé sur les deux exercices comptables clôturés avant l'accident soit au 31 décembre 2002 et 2003.

Commentaires / appréciation

Le rapport de l'expert est lacunaire sur plusieurs points importants, notamment

- la prise en considération des seules années 2002 et 2003 pour déterminer le revenu de Madame A._____ au moment de l'accident
 - aucun commentaire sur ce choix ni sur l'augmentation des produits d'honoraires de 20% en 2003
 - aucun commentaire sur les coûts de personnel (écarts comptes annuels et déclaration AVS annuelle en 2002, 2003 et 2004) ni sur les coûts d'exploitation, l'ensemble des coûts étant pris tels qu'ils figurent dans le compte de pertes et profits
- le montant des honoraires réalisés pour l'année 2004
 - baisse de 47% sur 2003 [recte : 2004] alors que l'accident a eu lieu le 15 octobre 2004 et que Madame

A._____ a néanmoins continué de travailler jusqu'à la fin de l'année 2004

Ces éléments sont de nature à modifier de manière substantielle les éléments chiffrés pris en considération par l'expert dans son calcul du dommage.

3 CONCLUSION

Le « rapport d'expertise indépendante » contient des lacunes importantes. Les réponses aux questions ouvertes sont de nature à modifier de manière substantielle les conclusions ressortant de ce rapport."

Aux termes d'une écriture du 29 août 2013, l'assurée a requis la communication du mandat confié à K._____, mettant par ailleurs en doute l'impartialité de ce dernier et de sa société. Elle a ajouté qu'en tout état de cause, une nouvelle expertise était inutile au vu de l'enquête économique récemment diligentée par l'OAI.

En date du 29 octobre 2013, O._____ a remis à l'assurée un « *projet de mandat d'expertise comptable* » adressé à K._____, l'invitant à faire part de ses observations quant au questionnaire et au choix de l'expert.

L'assurée a pris position le 5 novembre 2013. Elle a tout d'abord rappelé qu'elle s'opposait à l'expertise comptable envisagée par l'assurance. A cet égard, elle a souligné que l'enquête économique effectuée par l'OAI répondait à l'essentiel des questions soulevées par K._____ et que seule demeurait éventuellement en suspens la question de savoir sur quelles années comptables il fallait se fonder pour calculer le revenu d'invalidé, W._____ s'étant basé sur les années 2006 à 2009 tandis que l'enquêteur de l'OAI avait retenu les années 2010 à 2012 - divergence découlant toutefois uniquement du droit et ne nécessitant donc pas une nouvelle expertise. En outre, pour le cas où une expertise serait malgré tout mise en œuvre, l'intéressée a fait valoir qu'elle s'opposait à la nomination de K._____ (respectivement de sa société) en tant qu'expert, estimant que le prénommé n'était pas impartial au vu du rapport déposé le 19 août 2013. Elle a également relevé que les pièces requises le 29 août précédent ne lui avaient toujours pas été remises. Elle

a enfin critiqué le projet de questionnaire soumis par O._____, relevant que les propositions qu'elle avait précédemment formulées n'avaient pas été prises en compte. Cela étant, l'assurée a requis le prononcé d'une décision formelle immédiate concernant le principe même de l'expertise. Elle a produit en copie les objections adressées le 5 novembre 2013 également à l'encontre du projet de décision de l'OAI du 22 juillet 2013, contestant notamment le calcul du revenu sans invalidité s'agissant de provisions salariales qui n'avaient pas été prises en compte.

e) Le 10 janvier 2014, O._____ a rendu une décision incidente désignant K._____ en qualité d'expert comptable et chargeant ce dernier de procéder à une expertise comptable telle que ressortant du projet de mandat joint en annexe. Dans sa motivation, l'assurance s'est référée à son courrier du 19 avril 2013 expliquant que le rapport d'expertise privée transmis par l'assurée n'avait pas pleine valeur probante et que, cela étant, l'entier des pièces avait été soumis à K._____ afin qu'il fasse part de ses critiques éventuelles ; ce dernier avait communiqué ses observations le 19 août 2013, confirmant certaines des objections soulevées par O._____, si bien qu'il s'avérait nécessaire de compléter l'instruction en mettant en œuvre une expertise comptable complète. Quant au mandat d'expertise, l'assurance a précisé avoir pris en considération nombre d'observations émises par l'assurée et a souligné que l'expert avait du reste la faculté de proposer des modifications de questions qui ne seraient pas suffisamment explicites. Faute d'accord sur ces questions, décision était donc prise, par la voie incidente, de mettre en œuvre l'expertise susdite. Finalement O._____ a retenu qu'en l'absence de motifs valables de récusation à l'encontre de l'expert choisi, le mandat d'expertise était confié à K._____.

B. **a)** Agissant par l'entremise de son conseil, A._____ a recouru le 12 février 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimée pour qu'elle fixe le taux d'invalidité dans le sens des considérants sans nouvelle expertise, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire auprès d'un

expert comptable. En substance, la recourante conteste tout d'abord le principe même d'une expertise comptable. Elle considère à cet égard qu'il y a lieu de s'en tenir à l'enquête économique effectuée par l'OAI (seule restant ouverte la question de la prise en compte de provisions salariales dans les années précédant l'accident), enquête écartée sans explication aux termes de la décision attaquée qui s'avère ainsi insuffisamment motivée - étant de surcroît relevé que, par son attitude, l'intimée a contrevenu à ses obligations de coordination envers l'assurance-invalidité et qu'il convient, dans ce contexte, d'interpeller l'enquêteur de l'OAI X._____. La recourante s'oppose ensuite à la désignation de K._____ en tant qu'expert, faisant valoir que celui-ci présente une prévention évidente dans la mesure où il a été appelé à rédiger un argumentaire dirigé contre l'expertise privée de W._____ ; elle allègue également que K._____ a refusé de l'entendre personnellement de même que son avocat ou son expert comptable, en dépit de la demande expresse formulée par celui-là, comportement témoignant du manque total d'indépendance du prénommé dans cette affaire. Dans ce cadre, elle sollicite la production en mains de K._____ de tout document la concernant et demande à ce que ce dernier soit expressément invité à indiquer si des rapports ou des projets de rapports ont été transmis à O._____ avant le compte-rendu du 19 août 2013. La recourante reproche en outre à l'intimée d'avoir violé son droit de consulter le dossier en refusant de lui remettre copie du mandat confié à K._____ ainsi que de l'ensemble des pièces échangées avec lui. Elle conteste enfin la formulation du questionnaire d'expertise tel qu'annexé à la décision attaquée.

A l'appui de ses dires, la recourante produit un onglet de pièces comportant notamment une correspondance rédigée le 10 janvier 2014 par O._____ - à la suite d'une plainte déposée par elle-même auprès de l'Office fédéral de la santé publique - et dont il ressort en particulier que, par mesure de simplification, les pièces en possession de l'assurance ont été remises à K._____ lors d'un passage de celui-ci dans la région [...], raison pour laquelle aucun mandat n'a été établi sous la forme papier.

Dans une écriture supplémentaire du 11 mars 2014, la recourante précise qu'un complément au rapport d'enquête économique de l'OAI a été établi le 11 février 2014 et que, sur cette base, l'office a rendu le 25 février 2014 une décision de refus de rente fondée sur un degré d'invalidité de 36,27%, décision contre laquelle elle n'entend pas recourir. Au vu des ces circonstances, elle estime que l'interpellation de l'OAI n'a plus lieu d'être. Selon le rapport complémentaire susdit, produit en annexe (avec la décision de refus de rente), il apparaît en particulier que les provisions salariales invoquées par l'assurée dans le cadre du calcul du revenu sans invalidité ne représentent qu'un faible paramètre correctif, ne justifiant pas un nouveau calcul du préjudice économique.

b) Par réponse du 12 mai 2014, l'intimée a demandé d'un point de vue formel à ce que la recevabilité du recours soit examinée d'office. Sur le fond, elle a conclu au rejet du recours. Dans ses motifs, O._____ confirme tout d'abord la nécessité de mettre en œuvre une expertise comptable afin de déterminer l'influence des causes de l'accident sur la capacité de travail et de gain de l'assurée - étant rappelé que les règles applicables en matière d'assurance-accidents diffèrent de celles régissant l'assurance-invalidité s'agissant tant de l'objet de l'assurance (limité aux seules conséquences de l'accident assuré) que de la date d'évaluation (date de la stabilisation). Dans ce contexte, l'intimée rappelle en particulier les critiques précédemment émises à l'encontre de l'expertise de W._____. Concernant l'enquête économique de l'OAI, elle relève que celle-ci était encore litigieuse lors du prononcé de la décision du 10 janvier 2014, le rapport d'enquête complémentaire ayant été établi ultérieurement. Elle considère, quoi qu'il en soit, ne pas pouvoir se rallier à cette enquête, qui se fonde de façon importante sur l'expertise de W._____ et n'évalue par ailleurs pas les influences d'une réadaptation de l'activité de la recourante. A cela s'ajoute que, si l'expert H._____ avait conclu à une diminution de la capacité de travail de 25%, l'enquête en question - à l'instar de l'expert W._____ - parvient à des résultats différents sur la base des déclarations de l'assurée. L'appréciation de l'assurance-invalidité est de surcroît fondée sur une comparaison des

revenus en 2013 alors que la comparaison des revenus doit dans le cas d'espèce, s'agissant de l'éventuel droit à la rente, se faire sur la base de la capacité de gain en 2005. Pour ces motifs, l'intimée retient que le rapport d'expertise privée comme l'enquête économique de l'OAI doivent être écartés. O._____ estime en outre qu'aucun motif de récusation ne s'oppose à la désignation de K._____ en tant qu'expert, se prévalant notamment d'un arrêt du Tribunal fédéral rendu le 31 décembre 2013 sous la référence 9C_180/2013. Enfin, elle considère qu'aucune modification ne mérite d'être apportée au questionnaire d'expertise.

c) Aux termes de sa réplique du 4 juillet 2014, la recourante maintient ses précédents motifs et conclusions. Elle conteste notamment les raisons avancées par l'intimée pour justifier la mise en œuvre d'une expertise, de même que les critiques formulées par O._____ à l'encontre de l'expertise de W._____. Plus particulièrement, elle relève que son taux d'invalidité pourrait être calculé au moyen des chiffres mis en évidence par l'enquête économique de l'OAI mais que, s'étant de toute manière finalement ralliée au calcul de l'assurance-invalidité, la question de son degré d'invalidité ne se pose plus. Elle souligne en outre que, selon l'enquête de l'OAI, aucune mesure de reclassement ne serait susceptible d'améliorer sa capacité de gain, de sorte que l'intimée ne saurait reprocher à cette même enquête ne pas avoir évalué les influences d'une réadaptation sur son activité. La recourante renouvelle également ses griefs à l'encontre de la désignation de K._____ en tant d'expert, tout en reprochant à l'intimée de ne pas lui avoir donné la possibilité, en avril 2013, de contester le choix de l'expert ou de lui poser des questions, ceci en violation des garanties de procédure prévalant en la matière. Enfin, elle persiste à contester la teneur du questionnaire d'expertise établi par l'intimée.

d) Dupliquant le 27 octobre 2014, l'intimée confirme sa position et souligne notamment que la recourante ne dispose d'aucun droit à s'opposer au questionnaire d'expertise, invoquant sur ce point la jurisprudence zurichoise ainsi que celle du canton de Bâle-Campagne.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accident sous réserve de dérogations expresses (cf. art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]).

La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 let. a LPA-VD). Selon l'art. 56 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours, tout comme le refus de rendre une décision.

aa) Compétente pour connaître du contentieux en matière d'assurances sociales (au sens de l'art. 57 LPGA) qui opposerait l'assurée à O._____ sur le fond, s'agissant de l'octroi de prestations de l'assurance-accidents selon la LAA, la Cour de céans l'est également pour connaître du présent recours incident.

bb) Les décisions portant sur l'ordonnancement de la procédure - au sens de décisions incidentes (cf. Thierry Tanquerel, Manuel de droit administratif, Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 828 p. 284 s. ; cf. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd., Zurich/Bâle/Genève 2009, n° 30 ad art. 52 LPGA p. 660) - ne peuvent pas être attaquées par voie d'opposition (cf. art. 52 al. 1 LPGA), de sorte qu'elles sont directement attaquables par la voie du recours devant les tribunaux des assurances institués par les

cantons (cf. art. 56 al. 1 et 57 LPGA). En vertu des art. 74 et 75 LPA-VD (applicables par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), pour pouvoir recourir en instance cantonale à l'encontre de telles décisions, le recourant doit non seulement disposer d'un intérêt digne de protection à ce que la décision attaquée soit annulée ou modifiée, mais il faut de surcroît que les décisions incidentes notifiées séparément puissent causer un préjudice irréparable au recourant.

Selon la jurisprudence, il convient d'admettre que l'assuré qui, faute de consensus, entend contester la mise en œuvre d'une expertise médicale satisfait en principe aux conditions de l'intérêt digne de protection et du préjudice irréparable nécessaires pour pouvoir déférer l'affaire auprès du tribunal cantonal des assurances sociales compétent pour en connaître (cf. ATF 139 V 339 consid. 4.4, 138 V 271 consid. 1, 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7). En l'espèce, la Cour de céans ne voit pas ce qui empêcherait de transposer ces principes, *mutatis mutandis*, à une expertise non médicale, singulièrement à une expertise comptable. En effet, par sa jurisprudence, la Haute Cour a avant tout cherché à sauvegarder les droits de participation de la personne assurée, au regard d'une interprétation conforme à la constitution des garanties de la procédure d'instruction (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7 ; cf. CASSO AI 143/12 du 26 août 2013 consid. 1a). Pareilles considérations conservent leur pertinence s'agissant d'une expertise comptable et plaident ainsi en faveur de la recevabilité d'un recours déposé à l'encontre de la décision incidente portant sur l'exécution d'une telle expertise. Du reste, à aucun moment de la présente procédure les parties (singulièrement l'intimée) n'ont développé la moindre argumentation mettant en doute la recevabilité du recours sous cet angle précis.

Par conséquent, la Cour de céans ne voit pas de circonstances qui s'opposeraient à admettre que les conditions des art. 74 et 75 LPA-VD sont remplies dans le cas particulier.

cc) Il suit de là que le recours, interjeté en temps utile – soit dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours

(cf. art. 60 al. 1 LPGA ; cf. également, pour les décisions incidentes, ATF 132 V 418 consid. 2) - et respectant les formes prévues notamment par l'art. 61 let. b LPGA, est donc recevable.

b) De même que le caractère onéreux ou gratuit de procédures afférentes à des incidents soulevés en cours d'instance est lié au caractère onéreux ou gratuit de la procédure principale (cf. TF 9C_905/2007 du 15 avril 2008), de même doit-on considérer que la présente décision incidente relève de la Cour des assurances sociales dans une composition ordinaire à trois juges (cf. art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD ; cf. CASSO AI 143/12 précité consid. 1b), la valeur litigieuse au fond étant supérieure à 30'000 francs.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et ATF 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) L'objet du litige porte en l'occurrence sur la mise en œuvre d'une expertise administrative.

En revanche, en tant que la recourante conclut subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, ses conclusions sortent du cadre de la présente contestation tel que défini par la décision incidente du 10 janvier 2014 et sont par conséquent irrecevables.

3. Sur le plan procédural, la recourante estime que les garanties formelles découlant du droit d'être entendu n'ont pas été respectées par l'intimée.

a) L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux, l'art. 42 LPG). Le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, le droit de consulter le dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuve pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer quant à son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre, et le droit d'obtenir une décision motivée (cf. ATF 135 II 286 consid. 5.1, 129 II 497 consid. 2.2 et 127 I 54 consid. 2b avec les arrêts cités).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (cf. ATF 132 V 387 consid. 5.1 et 127 V 431 consid. 3d/aa). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (cf. ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (cf. ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 et 135 I 279 consid. 2.6.1).

b) La recourante invoque un défaut de motivation de la décision incriminée en ce sens que celle-ci ne comporte aucune prise de position quant à l'enquête économique de l'OAI (cf. mémoire de recours du 12 février 2014 p. 4). Elle soutient en outre que l'intimée ne lui a pas remis copie du mandat confié à K._____ et des correspondances échangées avec ce dernier (cf. ibid. p. 5 s.). Enfin, elle reproche à O._____ de ne pas lui avoir donné la faculté, en avril 2013, de contester

la désignation de K._____ ou de lui poser des questions (cf. réplique du 4 juillet 2014 p. 5).

De fait, il est vrai que la décision querellée ne dit mot de l'enquête économique diligentée par l'OAI. De même, il est constant qu'au cours de la procédure administrative, l'intimée n'a donné aucune suite aux requêtes formulées par l'assurée les 29 août et 5 novembre 2013, visant à pouvoir consulter certaines pièces du dossier ayant trait au mandat confié par l'assurance à K._____. Sur ces points, on doit donc admettre une violation du droit d'être entendu. En revanche, s'il appert qu'au printemps 2013, K._____ a certes été chargé de prendre position sur l'expertise privée produite par la recourante sans que celle-ci n'ait été formellement invitée à se déterminer au préalable, il faut toutefois rappeler qu'à ce stade, il s'agissait uniquement pour le prénommé d'orienter l'assurance sur la base des pièces du dossier ; même si ce procédé peut paraître singulier, il ne doit toutefois pas être confondu avec la mise en œuvre d'une expertise en bonne et due forme, devant s'accompagner de garanties procédurales spécifiques (cf. consid. 4b infra). Au surplus, la recourante a été informée de cette démarche le 24 avril 2013 de sorte qu'elle aurait pu, si elle l'avait souhaité, contester à ce moment-là le choix du spécialiste ou proposer des questions à lui poser ; or, elle s'est contentée, le 26 avril 2013, de solliciter un entretien avec K._____ tout en observant – sans en tirer de grief précis – qu'il ne figurait pas sur la liste des fiduciaires partenaires de la FMH. Sous cet angle, on peut donc douter qu'il y ait eu violation du droit d'être entendu. Peu importe néanmoins, dans la mesure où les griefs soulevés par la recourante ne peuvent en définitive se voir accorder aucune incidence sur l'issue de la cause.

En effet, nonobstant les manquements invoqués, la recourante a malgré tout été en mesure de faire valoir ses arguments de façon circonstanciée dans le cadre de la présente procédure de recours. Notamment, O._____ ayant détaillé dans sa réponse du 12 mai 2014 les arguments l'ayant incitée à écarter l'enquête économique diligentée par l'OAI, la recourante a pu prendre position à cet égard dans sa réplique de

4 juillet 2014. En outre, les pièces requises par l'assurée ont été produites par l'intimée en instance cantonale, à l'appui de sa réponse précitée (onglet « *Echanges avec l'expert* »), la Cour de céans ayant ensuite donné à l'intéressée la possibilité de prendre connaissance du dossier complet de la cause (cf. avis du greffe du tribunal de céans du 13 mai 2014 fixant pour ce faire un délai au 3 juin suivant) et d'explicitier ses arguments dans le cadre de son droit de réplique. Enfin, la recourante a eu tout le loisir d'énoncer auprès du présent tribunal ses griefs à l'encontre du rôle de K._____ - comme elle avait du reste déjà eu l'occasion de le faire devant l'intimée dans ses écritures des 29 août et 5 novembre 2013. Attendu que le recours selon les art. 56 ss LPGA est un moyen de droit complet permettant un examen de la décision entreprise en fait et en droit (cf. TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à TF 9C_127/2007 du 12 février 2008 consid. 2.2), il s'ensuit que, conformément à la jurisprudence évoquée ci-dessus (cf. consid. 3a supra), la violation alléguée des garanties de procédure se trouve au final corrigée en instance cantonale.

4. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

Si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties ; celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions (cf. art. 44 LPGA). Dans le cadre spécifique des assurances sociales, les expertises visées sont certes principalement médicales mais elle peuvent également porter sur un autre domaine, par exemple économique (cf. Kieser, op. cit., n° 5 ad art. 44 LPGA p. 563).

b) Dans le cadre de l'ATF 137 V 210 déjà cité, le Tribunal fédéral a considéré qu'un renforcement des droits de participation de l'assuré à l'administration de l'expertise, au stade de la procédure administrative déjà, était nécessaire pour garantir une procédure équitable conforme aux exigences des art. 29 al. 1 et 2 Cst. et 6 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101). En vertu de ces préceptes, l'assuré se voit donner la faculté de soulever, avant même que l'administration se prononce sur le fond, des contestations d'ordre matériel concernant notamment le choix de l'expert, sa compétence à raison de la matière ou encore la nécessité d'une nouvelle expertise dès lors que – vu l'état des faits suffisamment éclaircis – elle revient à une simple « *second opinion* » qui, de jurisprudence constante, ne saurait être admise ; en outre, comme auparavant, l'intéressé peut mettre en avant des motifs formels de récusation liés à la personne de l'expert (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2 [spéc. consid. 3.4.2.4, 3.4.2.6 et 3.4.2.7], rendu en matière d'assurance-invalidité s'agissant d'expertises pluridisciplinaires ; cf. pour les autres branches des assurances sociales concernées par cette problématique : 139 V 496 consid. 4.1 et 138 V 318 consid. 6.1 ; cf. pour les expertises mono- et bidisciplinaires : ATF 139 V 349 consid. 5.4).

Les principes qui précèdent ont certes été développés aux fins de garantir le respect d'une procédure administrative (et de recours) équitable lors de la mise en œuvre d'expertises médicales. Comme l'a implicitement fait l'intimée, on peut néanmoins s'en inspirer dans le cas particulier, en lien avec la mise en œuvre d'une expertise comptable, dans la mesure où l'on ne voit pas ce qui justifierait d'observer dans un tel contexte des standards moins élevés ou différents – s'agissant en définitive de sauvegarder les droits de participation de la recourante dans la perspective d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA. Au surplus, on relèvera que le Tribunal fédéral a admis le renvoi aux principes jurisprudentiels développés à partir de l'ATF 137 V 210 pour une expertise comptable mise en œuvre dans le cadre de l'assurance-maladie,

concernant la question de la prise en charge des frais administratifs y relatifs (cf. TF 9C_781/2013 du 28 janvier 2014 consid. 3 et 4).

C'est donc à l'aune de la jurisprudence susdite qu'il convient d'examiner les griefs de la recourante.

5. Se pose tout d'abord la question de savoir si l'intimée était justifiée à vouloir mettre en œuvre une expertise comptable en vue de déterminer le droit de l'assurée à une rente ou si elle pouvait au contraire, comme le soutient la recourante, statuer sur la base des pièces du dossier.

a) En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (cf. art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA).

L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu de valide ou revenu hypothétique sans invalidité) est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (revenu d'invalide) (cf. art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; cf. TF

8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2 ; cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd., Bâle 2007, n° 165 p. 898 ; cf. Kieser, op. cit., n° 58 ad art. 16 LPGA p. 226).

En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4, 128 V 29 consid. 1 et 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Si l'on ne peut évaluer les deux revenus à prendre en considération, on appliquera la méthode dite extraordinaire. En s'inspirant de la méthode spécifique applicable aux non-actifs dans l'assurance-invalidité, il faut alors procéder à une comparaison des activités pour déterminer quel est l'empêchement provoqué par l'atteinte à la santé, puis apprécier les effets de cet empêchement sur la capacité de gain (cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 166 p. 899).

b) En l'espèce, l'intimée a dans un premier temps récolté diverses informations susceptibles d'être pertinentes pour l'évaluation du préjudice économique de la recourante. Dans ce contexte, les parties se sont accordées à admettre que les données fournies par santésuisse n'étaient pas suffisamment représentatives de l'ensemble des prestations fournies par l'intéressée dans le cadre de son activité de médecin dermatologue. En revanche, des divergences ont subsisté quant au calcul du préjudice économique sur le vu des autres données recueillies – en particulier les bilans ainsi que les comptes de pertes et profits de l'entreprise C. _____ Sàrl dès 2003, diverses attestations de la fiduciaire R. _____ SA et l'extrait du compte individuel AVS de la recourante. C'est ainsi que dans un second temps, les parties ont convenu le 7 septembre

2011 de la mise en œuvre d'une expertise comptable (cf. procès-verbal d'entretien du 9 septembre 2011).

aa) L'assurée a pris l'initiative de s'adresser directement à W._____, économiste d'entreprise et inspecteur économique auprès de l'Office AI de F._____. Dans son rapport d'expertise indépendante du 2 février 2013, ce dernier a conclu que la comparaison des champs d'activités mettait en évidence un préjudice économique de 43%, qui coïncidait avec le taux d'invalidité moyen de 44% extrait de la comptabilité de C._____ Sàrl, le revenu sans invalidité ayant été tiré de la moyenne des données comptables pour les années 2002 à 2003, et le revenu avec invalidité ayant été établi conformément aux bouclements comptables pour les années 2006 à 2009. L'expert W._____ a ainsi retenu un taux d'invalidité moyen de 44% à long terme, considérant qu'un changement d'activité ou de profession n'était pas exigible de l'expertisée dans la mesure où l'équivalence de la capacité de gain était difficile - voire impossible - à atteindre dans une autre activité.

O._____ a soumis ce rapport pour avis à K._____, de la société B._____. Prenant position le 19 août 2013, ce dernier a retenu que le rapport de l'expert W._____ était lacunaire sur plusieurs points. Il a notamment critiqué la prise en considération des seules années 2002 et 2003 pour le calcul du revenu de l'assurée au moment de l'accident, relevant l'absence de commentaire, d'une part, quant à ce choix et à l'augmentation des produits d'honoraires de 20% en 2003 et, d'autre part, quant aux coûts de personnels et aux coûts d'exploitation repris tels qu'ils figuraient dans le compte de pertes et profits. A cela s'ajoutait, concernant le montant des honoraires réalisés pour l'année 2004, qu'une baisse de 47% était signalée sur 2004 alors même que l'accident avait eu lieu le 15 octobre 2004 et que l'assurée avait continué à travailler jusqu'à la fin de l'année 2004. Pour K._____, ces éléments étaient de nature à modifier de manière substantielle les éléments chiffrés pris en considération par l'expert W._____ dans son calcul du dommage.

Parallèlement, dans le cadre d'une procédure AI introduite le 26 février 2013, la recourante a fait l'objet d'une enquête économique pour indépendants. Le rapport d'enquête établi le 15 juillet 2013 par X._____ de l'OAI a mis en évidence un préjudice économique de 36,27% sur la base d'un revenu sans invalidité issu des comptes des années 2001 à 2003 et d'un revenu d'invalidité fondé sur les comptes des années 2010 à 2012 ; quant à la capacité de travail pondérée après comparaison des champs d'activité, elle était de 67,1%. Selon le collaborateur de l'OAI, on voyait mal quel type de mesure de reclassement serait susceptible d'améliorer la capacité de gain de l'assurée (cf. rapport d'enquête économique pour les indépendants du 15 juillet 2013 p. 7 à 10). Ultérieurement, il a encore été indiqué que la prise en compte de provisions salariales dans le cadre du calcul du revenu sans invalidité ne représentait qu'un faible paramètre correctif, ne justifiant pas un nouveau calcul du préjudice économique (cf. rapport complémentaire du 11 février 2014).

bb) Il apparaît ainsi que le dossier contient l'avis de trois spécialistes s'étant penchés sur la situation économique de la recourante, avec des résultats différents.

aaa) Seuls l'expert W._____ et l'enquêteur X._____ ont procédé sur le fond à une évaluation des revenus de l'assurée (méthode ordinaire d'évaluation de l'invalidité), K._____ s'étant en revanche limité à prendre position sur les conclusions de l'expert W._____.

Cela précisé, on constate tout d'abord des divergences quant aux tableaux qu'ont établis l'expert privé et l'enquêteur de l'OAI sur la base de la comptabilité de l'entreprise C._____ Sàrl et des salaires résultant du compte individuel AVS de l'assurée (cf. rapport d'expertise indépendante du 2 février 2013 p. 8 ; cf. annexe 1 du rapport d'enquête économique pour les indépendants du 15 juillet 2013). Notamment, le tableau de l'expert W._____ comporte des postes dont on ne retrouve pas l'équivalent dans le tableau de l'enquêteur X._____ (s'agissant des postes « *cotisation professionnelle* », « *honoraires & contentieux* »,

« autres dépenses d'exploitation »), et vice versa (s'agissant du poste « sous-traitance, analyses »). Par ailleurs, si de légères variations dans les montants retenus peuvent sembler admissibles, tel n'est en revanche pas le cas des écarts importants existant entre les chiffres indiqués par l'expert W._____ sous la rubrique « fournitures de bureau & div. frais adminis. » (17'373 fr. en 2002, 26'201 fr. en 2003, 16'251 fr. en 2004, 17'881 fr. en 2005, 15'097 fr. en 2006, 15'140 fr. en 2007, 17'939 fr. en 2008 et 20'257 fr. en 2009) et ceux, nettement supérieurs, reportés par l'enquêteur X._____ pour la même période sous la seule rubrique « frais administratifs » (21'264 fr. en 2002, 30'633 fr. en 2003, 20'446 en 2004, 18'914 fr. en 2005, 17'925 en 2006, 18'909 fr. en 2007, 18'873 fr. en 2008 et 22'175 fr. en 2009) à laquelle a encore été ajoutée une rubrique « petit matériel et entretien » (4'918 fr. en 2002, 5'845 fr. en 2003, 4'030 fr. en 2004, 5'111 fr. en 2005, 3'915 fr. en 2006, 3'287 fr. en 2007, 6'076 fr. en 2008 et 5'607 fr. en 2009). Les amortissements n'ont en outre pas été pris en compte de la même manière dans ces deux tableaux, l'expert W._____ ayant effectué des corrections en 2008 et 2009 uniquement, tandis que l'enquêteur X._____ a procédé à un lissage des amortissements de façon constante entre 2000 et 2012. Or, en l'état du dossier, rien ne permet d'expliquer ces disparités dans les éléments comptables retenus par l'expert W._____, d'une part, et par l'enquêteur X._____, d'autre part, et encore moins d'appréhender l'impact que ces divergences sont susceptibles d'avoir du point de vue de l'évaluation du taux d'invalidité. En ce sens, les calculs opérés par ces deux spécialistes sont donc sujets à caution, ce qui justifie que la situation soit tranchée par un expert.

A cela s'ajoute que, pour ce qui est du taux d'invalidité proprement dit, ces deux analyses ne reposent pas sur les mêmes fondements. Il apparaît en effet que si l'expert W._____ et l'enquêteur X._____ avaient à se prononcer sur les suites économiques d'une même atteinte à la santé au niveau du plexus brachial droit ensuite de l'accident du 15 octobre 2004, ils ont néanmoins calculé le taux d'invalidité en partant de prémisses différentes et sans avoir eu accès aux mêmes documents. Relevant que le moment déterminant pour la détermination

du taux d'invalidité était l'automne 2005, moment de la stabilisation de l'état de santé de la recourante, l'expert W._____ - dont les observations laissent à penser qu'il ne disposait d'aucune documentation pour la période antérieure à 2002 et pour celle postérieure à 2009 - s'est basé sur les données relatives aux années 2002 et 2003 pour établir le revenu sans invalidité, qu'il a ensuite comparé aux revenus successivement réalisés de 2006 à 2009 pour arrêter à 44% le taux d'invalidité moyen de la recourante (cf. rapport d'expertise indépendante du 2 février 2013 p. 11 ss). Au regard des exigences prévalant en matière d'assurance-invalidité, l'enquêteur X._____ - disposant des comptes de C._____ Sàrl de 1999/2000 à 2012 (cf. rapport d'enquête pour les indépendants du 15 juillet 2013 p. 9) - s'est quant à lui basé sur les années 2001 à 2003 pour le revenu sans invalidité et sur les années 2010 à 2012 pour le revenu avec invalidité, reportant le tout à 2012 et concluant ainsi à un taux d'invalidité de 36,27% (cf. rapport d'enquête du 15 juillet 2013 p. 8 s.). Ces deux approches, dont les divergences résultent tant des données économiques à disposition que des spécificités distinguant l'assurance-invalidité de l'assurance-accidents (spécificités portant ici essentiellement sur le moment déterminant pour la comparaison des revenus - soit en l'occurrence l'automne 2005 [cf. art. 19 al. 1 LAA ; cf. rapport d'expertise du Dr H._____ du 17 juillet 2009 p. 24, dont les conclusions ne sont pas contestées]), sont donc difficilement comparables, avec pour conséquence qu'au final aucun des taux d'invalidité retenus n'apparaît en soi pleinement convaincant, justifiant ainsi la mise en œuvre d'une expertise. Peu importe, en particulier, que le taux d'invalidité de 36,27% arrêté par l'enquêteur X._____ ait été confirmé par décision de l'OAI du 25 février 2014 ; en effet, quelles que soient les règles de coordination auxquelles se réfère la recourante (cf. mémoire de recours du 12 février 2014 p. 5), il n'en reste pas moins que la jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale a été précisée en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assurance-accidents (cf. ATF 131 V 362 consid. 2). Cela dit, il convient de relever ici que l'assureur-accidents est tenu, avant de se prononcer sur le droit à une prestation, d'examiner si aucune

modification significative des données hypothétiques déterminantes n'est intervenue durant la période postérieure à l'ouverture du droit, auquel cas il lui incombe de procéder à une nouvelle comparaison des revenus avant de rendre sa décision (cf. TFA U 325/04 du 30 août 2005 consid. 5.1 et la jurisprudence citée). En l'espèce, bien qu'ayant arrêté un taux d'invalidité global de 36,27%, l'enquêteur X._____ a souligné que, considéré annuellement, ce taux avait été supérieur ou proche de 40% entre 2005 et 2009 (43% en 2005, 44% en 2006, 37% en 2007, 39% en 2008, 48% en 2009 [cf. rapport d'enquête économique du 15 juillet 2013 p. 10 et son annexe 2]), étant relevé que, pour les mêmes années, l'expert W._____ a de son côté retenu des taux d'invalidité sensiblement plus élevés (45% en 2005, 47% en 2006, 40% en 2007, 41% en 2008 et 49% en 2009 [cf. rapport d'expertise indépendante du 2 février 2013 p. 11 s.]). Au regard de telles variations, qui évoquent une fluctuation de la perte de gain durant la période postérieure à l'ouverture du droit éventuel à la rente, il s'impose à plus forte raison de procéder à une analyse approfondie aux fins de déterminer le plus concrètement possible le taux d'invalidité de la recourante au cours de la période prise en considération.

En ce qui concerne finalement la prise de position de K._____, ce dernier a considéré que les conclusions de l'expert privé mandaté par l'assurée étaient lacunaires. A cet égard, c'est certes à juste titre qu'il a relevé que l'expert W._____ n'avait pas expliqué son choix d'établir le gain de valide au regard des seuls exercices comptables de 2002 et 2003 ; on rappellera toutefois que, comme exposé ci-avant, l'expert W._____ n'a vraisemblablement pas eu accès aux données antérieures à 2002, contrairement à l'enquêteur X._____ qui a obtenu les comptes du cabinet C._____ Sàrl à partir de 1999. K._____ a également observé que l'expert W._____ n'avait apporté aucun commentaire quant à l'augmentation de 20% des produits d'honoraires en 2003, que les coûts de personnel comme ceux d'exploitation n'avaient pas été discutés mais avaient été repris tels qu'ils figuraient dans le compte de pertes et profits, et que la baisse des honoraires en 2004 était sujette à caution - questions auxquelles les conclusions de l'enquêteur X._____ n'apportent pas de réponse.

Dans ces circonstances, la mise en œuvre d'une expertise apparaîtrait inévitable.

bbb) De surcroît, l'expert W._____ et l'enquêteur X._____ ont chacun réalisé une comparaison des champs d'activité de l'assurée dans l'exploitation de son cabinet de dermatologie (méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité). Dans ce contexte, ils ont procédé selon des critères d'appréciation différents (pour le premier : distinction entre les activités non médicales et médicales, au regard du nombre de consultations par jour sans et avec handicap ; pour le second : distinction entre la phlébologie, la dermatologie, les travaux administratifs et la formation continue, en fonction des heures de travail hebdomadaires sans et avec handicap), et ont abouti là encore à des résultats divergents avec un taux d'incapacité de travail pondéré de 43% pour l'expert W._____ (cf. rapport d'expertise indépendante du 2 février 2013 p. 7) et de 32,9% pour l'enquêteur X._____ (cf. annexe 3 du rapport d'enquête économique pour les indépendants du 15 juillet 2013). Ces discordances, fondées sur deux approches distinctes, viennent se surajouter à une situation économique déjà floue et méritent d'autant plus d'être tranchées par un expert en la matière.

c) Les éléments qui précèdent suffisent à démontrer l'opportunité d'une expertise en vue d'établir le préjudice économique de l'assurée ensuite de l'accident subi le 15 octobre 2004. Partant, il s'avère superflu de se prononcer sur les autres arguments invoqués par les parties, étant souligné à cet égard que le juge n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais qu'il peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (cf. ATF 137 II 266 consid. 3.2 et 134 I 83 consid. 4.1 avec les arrêts cités).

Tout au plus y a-t-il lieu d'ajouter au demeurant, s'agissant des motifs invoqués par O._____ pour justifier la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, que l'on peine à suivre l'intimée lorsqu'elle soutient

que les spécialistes interpellés jusqu'ici n'ont pas examiné la mesure dans laquelle l'activité de la recourante pouvait être optimisée afin d'atténuer la perte de gain. L'expert W._____ a en effet expliqué qu'un changement d'activité ou de profession n'était pas exigible car l'équivalence de la capacité de gain était difficile, voire impossible à atteindre dans une autre activité (cf. rapport d'expertise indépendante du 2 février 2013 p. 13). De son côté, l'enquêteur X._____ a indiqué que la poursuite de l'activité de dermatologue indépendante selon les conditions actuelles correspondait vraisemblablement à la meilleure mise en valeur possible de la capacité de travail résiduelle de l'assurée (cf. rapport d'enquête économique pour les indépendants du 15 juillet 2013 p. 9). Quant à une prise d'activité au sein de la société V._____, on notera que cette dernière a été radiée du registre du commerce le 7 octobre 2014. Il convient dès lors d'attirer l'attention de l'intimée sur ces éléments pour la suite de la procédure.

C'est enfin le lieu de relever qu'initialement, sur l'avis d'un premier expert comptable sollicité le 15 juin 2012, l'intimée a estimé que les circonstances du cas particulier commandaient de procéder à une expertise effectuée conjointement par un expert comptable et un expert dermatologue. Or, la décision entreprise porte uniquement sur la mise en œuvre d'une expertise comptable. Dans l'intervalle, O._____ ne s'est à aucun moment expliquée sur ce revirement - les allégations de la recourante selon lesquelles ce changement de position serait dû à l'enquête économique diligentée par l'OAI (cf. mémoire de recours du 12 février 2014 p. 6) n'étant pas crédibles, dans la mesure où l'intimée s'est précisément écartée des conclusions de cette enquête. Au final, rien au dossier ne permet donc de comprendre en quoi les motifs ayant pu à l'origine justifier l'octroi d'un mandat d'expertise à un comptable et à un dermatologue ne seraient aujourd'hui plus d'actualité. Il incombera par conséquent à l'intimée de prendre clairement position sur la question avant la mise en œuvre d'une quelconque expertise.

6. Cela étant, la recourante s'oppose par ailleurs à ce que K._____ soit désigné en tant qu'expert. Reste à savoir si elle peut invoquer à son endroit un motif de récusation.

a) Selon la jurisprudence, il convient de distinguer entre les motifs formels et les motifs matériels de récusation. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 al. 1 PA [RS 172.021] et 36 al. 1 LPGA [RS 830.1]) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves (cf. ATF 132 V 93 consid. 6.5 ; cf. TF 9C_552/2014 du 26 novembre 2014 consid. 1.2).

L'assuré peut désormais invoquer, dans un recours contre une décision de désignation d'un expert, des motifs formels et des objections matérielles (cf. ATF 137 V 210 déjà cité, consid. 3.4.2.7).

b) En l'espèce, la recourante invoque un motif formel de récusation. En effet, elle met en cause l'impartialité de K. _____ au motif que celui-ci a été appelé, dans le cadre de son rapport du 19 août 2013, à prendre position sur l'expertise privée de W. _____.

A cet égard, on notera qu'un expert donne l'apparence de la prévention, et peut donc être récusé, s'il a déjà été impliqué, à quelque titre que ce soit (conseiller ou expert privé, témoin, membre d'une autorité), dans la procédure, pour autant qu'il ait pris position au sujet de certaines questions de manière telle qu'il ne semble plus exempt de préjugés (cf. ATF 126 I 68 consid. 3c et 125 II 541 consid. 4). Un expert ne peut pas être révoqué parce qu'il a déjà eu l'occasion par le passé de réaliser une expertise au sujet de la personne concernée, pour autant cependant que le résultat de la procédure apparaisse ouvert en ce qui concerne les faits concrets et les questions juridiques à résoudre, et qu'il n'y ait objectivement pas d'apparence de prévention (cf. ATF 132 V 93 consid. 7.2.2). L'expert est en principe considéré comme indépendant lorsqu'il doit répondre à d'autres questions ou uniquement expliquer ou compléter sa première expertise. Tel n'est en revanche pas le cas lorsqu'il

est chargé de réexaminer ou de contrôler objectivement le bien-fondé de son rapport précédent (cf. TF 8C_89/2007 du 20 août 2008 consid. 6.2). Il n'y a pas non plus de prévention inadmissible lorsque l'expert aboutit à des conclusions défavorables (à une partie) (cf. Susanne Bollinger/Ulrich Meyer/Margit Moser-Szeless, L'expertise médicale [en particulier psychiatrique], in Douleur et Analgésie, vol. 24, août 2011, p. 34 ; cf. également Jacques Olivier Piguet, Le choix de l'expert et sa récusation, in HAVE/REAS 2/2011 p. 133 ; cf. TF 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 5.1).

En l'occurrence, il apparaît que K._____ a été mandaté afin d'orienter l'intimée sur la suite à donner au rapport d'expertise privée du 2 février 2013, singulièrement « *afin d'apprécier la valeur probante de l'expertise produite* » (cf. note d'entretien du 6 mai 2013). A l'issue de son analyse, le prénommé a critiqué différents éléments de l'appréciation de l'expert privé et retenu que l'expertise contenait des lacunes « *importantes* », les réponses aux questions ouvertes étant « *de nature à modifier de manière substantielle les conclusions ressortant de ce rapport* » (cf. compte-rendu du 19 août 2013 p. 3). Autrement dit, K._____ a d'ores et déjà laissé entendre qu'il s'écartait de l'évaluation de l'expert W._____. En conséquence, il ne peut plus être considéré comme exempt de préjugés au sens de la jurisprudence précitée dans la mesure où, en contestant l'expertise privée mise en œuvre par l'assurée, il s'est prononcé sur des questions de fait déterminantes pour l'issue du litige. Au regard de ces circonstances, on ne peut qu'admettre l'apparence d'une prévention. C'est du reste en vain que l'intimée se prévaut du contraire en excipant d'un arrêt du Tribunal fédéral 9C_180/2013 rendu le 31 décembre 2013 (cf. réponse du 12 mai 2014 p. 11) puisque, dans cette affaire, un expert médical était intervenu dans le cadre d'une première procédure d'assurance-accidents sans s'exprimer à cette époque de manière à faire naître l'apparence d'une prévention lors de l'octroi d'un second mandat à l'occasion d'une procédure d'assurance-invalidité subséquente ; or, de toute évidence, les circonstances ayant donné lieu à cette jurisprudence ne sont pas comparables à celles du cas d'espèce au vu de la position adoptée par K._____ dans son rapport du 19 août 2013.

En revanche, on ne saurait voir un motif (matériel) de récusation dans le fait que – comme l’a relevé la recourante (cf. courrier du 26 avril 2013 et réplique du 4 juillet 2014 p. 1) – le nom de K._____, respectivement de sa société, ne figure pas dans la liste des fiduciaires partenaires de la FMH à laquelle s’est initialement référée l’intimée (cf. écriture du 19 mars 2012), cette liste n’ayant pas de caractère contraignant. L’assurée n’a d’ailleurs à aucun moment invoqué un tel argument.

c) En définitive, la récusation de l’expert choisi par l’intimée apparaît fondée. Partant, il n’y a donc pas lieu de donner suite aux mesure d’instruction requises par l’assurée en lien avec la personne de K._____.

Par surabondance, on notera encore que depuis un arrêt de principe rendu le 26 août 2013 à l’issue d’une procédure de concertation (cf. art. 38 ROTC [règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre 2007 ; RSV 173.31.1]), la Cour de céans est d’avis qu’elle n’a pas à substituer son pouvoir d’appréciation à celui de l’intimée en procédant elle-même d’office à la désignation d’un expert en cas de désaccord des parties, ni même à tenter systématiquement de les concilier (cf. CASSO AI 143/12 précité consid. 4c).

7. Subsiste la problématique du questionnaire d’expertise.

a) Conformément à la jurisprudence, il convient d’accorder à la personne assurée le droit de s’exprimer préalablement sur les questions posées aux experts, l’idée étant notamment que lorsque la participation de la personne concernée aboutit à des questions adéquates dans le cas concret, cela contribue de façon notable à la qualité de l’expertise (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9). Le point de savoir si, dans ce contexte, la personne assurée dispose simplement de la faculté de s’exprimer sur le questionnaire d’expertise ou si elle peut au contraire se prévaloir d’un droit justiciable en l’absence de consensus n’est pas clairement tranché en l’état actuel de la jurisprudence fédérale. Certains cantons estiment,

quant à eux, que la personne assurée ne peut pas prétendre au prononcé d'une décision incidente en cas de désaccord sur les questions à poser à l'expert (cf. notamment la jurisprudence zurichoise : UV.2013.00192 du 31 octobre 2013 consid. 3, IV.2013.00184 du 17 mai 2013 consid. 3.2 et 3.3 ; cf. également la jurisprudence du canton de Bâle-Campagne : 725 12 109 / 6 du 17 janvier 2013 consid. 1.2) et que c'est en définitive à l'assureur qu'il incombe de mener la procédure administrative, de répondre du questionnaire et de décider quelles questions sont nécessaires et quels renseignements méritent d'être obtenus (cf. la jurisprudence zurichoise : IV.2014.00541 du 7 juillet 2014 consid. 2.6). D'autres cantons considèrent, pour leur part, que dans le cadre d'une décision incidente portant sur la mise en œuvre d'une expertise, la personne assurée peut contester les questions devant être soumises à l'expert (cf. en particulier la jurisprudence genevoise : ATAS/540/2013 du 29 mai 2013 consid. 7 et ATAS/226/2013 du 28 février 2013 consid. 6). Il appert toutefois que cette problématique peut souffrir de demeurer indécise dans le cadre de la présente affaire, pour les motifs qui suivent.

b) La recourante ne conteste pas avoir eu la faculté de s'exprimer quant aux questions que l'intimée entendait soumettre à l'expert. Elle critique par contre la teneur de ce questionnaire. Or, il serait prématuré de se prononcer sur cet aspect à ce stade de la procédure.

En effet, il convient préalablement que l'intimée prenne clairement position quant à la nécessité d'intégrer ou non un dermatologue dans le cadre du mandat d'expertise (cf. consid. 5c supra) et, le cas échéant, qu'elle prenne soin d'établir un questionnaire d'expertise tenant compte des spécificités d'une telle constellation. On constate en outre que, selon les annexes énumérées à la fin du questionnaire tel que joint à la décision du 10 janvier 2014, le dossier constitué par l'OAI n'a été pris en compte que jusqu'à la date du 30 août 2013. Il y a dès lors lieu de compléter ce dossier au regard notamment des différents éléments ayant abouti au complément d'enquête économique du 11 février 2014, voire, le cas échéant, d'adapter le questionnaire en conséquence. De surcroît, en ce qui concerne l'exploitation de la société

V._____, il convient de souligner que cette dernière a été radiée du registre du commerce le 7 octobre 2014 et qu'en ce sens également le questionnaire d'expertise - en tant qu'il comporte la référence à une reconversion dans le domaine de l'esthétique (cf. mandat joint à la décision du 10 janvier 2014, question 4a p. 4) et renvoie expressément, dans ses annexes, à la documentation portant sur V._____ - doit être revu.

Au vu de ces différents points, il serait par conséquent inopportun que la Cour de céans se prononce d'ores et déjà sur les griefs de la recourante concernant le questionnaire d'expertise alors que celui-ci est de toute manière susceptible de subir de nouvelles modifications.

8. a) A la lumière de ce qui précède, il convient en définitive d'admettre partiellement les conclusions de la recourante, pour autant que recevables, dans la mesure où elles portent sur la récusation de K._____ et de les rejeter pour le surplus, la cause étant renvoyée à l'intimée pour que cette dernière mette en œuvre une expertise administrative conformément aux considérants du présent arrêt.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA).

Obtenant partiellement gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, la recourante peut prétendre une indemnité de dépens réduite qu'il convient de fixer à 1'500 fr. et de mettre à la charge de l'intimée (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours déposé le 12 février 2014 par A._____ est partiellement admis, dans la mesure où il est recevable.

II. L'expert désigné par O. _____ [...] est récusé.

III. La cause est renvoyée à O. _____ [...] en vue de la mise en œuvre d'une expertise administrative conformément aux considérants du présent arrêt.

IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

V. O. _____ [...] versera à la recourante un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens réduits.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Alexandre Guyaz (pour A. _____),
- O. _____ [...],
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :