

200.2020.93.LAA  
N° AVS  
BOA/REN

**Tribunal administratif du canton de Berne**  
Cour des affaires de langue française

**Jugement du 8 septembre 2020**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, juge  
A.-F. Boillat, greffière

**A.** \_\_\_\_\_  
représentée par Me B. \_\_\_\_\_  
recourante

contre

**C.** \_\_\_\_\_ SA  
intimée

relatif à une décision incidente de cette dernière du 16 décembre 2019



## **En fait:**

### **A.**

Par déclaration de sinistre du 13 août 2013, l'employeur de A. \_\_\_\_\_, née en 1992, célibataire, en formation au moment des faits (gestion en intendance hôtelière), a informé son assureur-accidents, C. \_\_\_\_\_, que son employée avait subi un accident de la circulation le 10 août 2012. Alors qu'elle circulait correctement au volant de son scooter, l'assurée a été percutée par une voiture et projetée sur la chaussée. Elle a subi diverses fractures dans les membres inférieurs (fracture ouverte des deux fémurs), lesquelles ont nécessité, entre le 11 et le 24 août 2012, plusieurs interventions chirurgicales (mise en place de matériel d'ostéosynthèse [extrait en octobre 2018 et février 2019], d'un ciment osseux stabilisateur [retiré en janvier 2013], application d'un traitement spécifique des plaies et une greffe de peau au niveau de la cuisse). C. \_\_\_\_\_ a pris le cas en charge (frais de traitement, indemnités journalières). Le 5 août 2019, les médecins plasticiens travaillant en milieu hospitalier et suivant l'assurée ont sollicité auprès de C. \_\_\_\_\_ une prise en charge d'un traitement médical (par lipofilling) visant à corriger la cicatrice disgracieuse affectant la jambe gauche et présentant des adhérences au niveau de la cuisse, requête formulée également par l'assurée, représentée par un avocat, le 4 septembre 2019.

L'assurée a sollicité, en février 2013, des prestations de l'assurance-invalidité (AI). Au bénéfice d'un reclassement professionnel octroyé par l'AI depuis le 1<sup>er</sup> août 2014 (prise en charge des frais en lien avec une formation professionnelle initiale avec certificat fédéral de capacité), l'assurée a obtenu un CFC d'employée de commerce en juillet 2018 et bénéficié, en 2017 et 2018, d'aides au placement de la part de l'Office AI. Considérant que l'assurée était à même d'exercer une activité adaptée à plein temps moyennant une perte de rendement de 40%, l'Office AI lui a octroyé une demi-rente AI depuis le 1<sup>er</sup> août 2013 et trois quarts de rente depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2013.

**B.**

C.\_\_\_\_\_ a requis, le 14 août 2019, des informations médicales complémentaires en lien avec les interventions et les traitements préconisés auprès des médecins plasticiens traitants. Sur cette base, elle a informé l'assurée, le 13 septembre 2019, de son intention d'organiser une expertise médicale afin de pouvoir se déterminer sur le droit aux prestations en précisant qu'elle ne pouvait donc pas encore se prononcer sur la prise en charge de l'opération concernant la réduction des cicatrices. Par courrier du 17 septembre 2019 adressé à l'assurée, C.\_\_\_\_\_ a précisé qu'elle entendait confier le mandat d'expertise au Dr. D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en soumettant à l'assurée la liste des questions qui seront posées à l'expert. Le 18 septembre 2019, l'assurée, toujours représentée, a demandé à C.\_\_\_\_\_ la récusation de l'expert mandaté, en faisant valoir des expériences passées prétendument difficilement supportables pour les personnes expertisées par ce médecin.

**C.**

Après l'échange de différents courriers entre l'assurée et C.\_\_\_\_\_, par décision formelle (requisse par l'assurée) du 16 décembre 2019, C.\_\_\_\_\_ a maintenu sa décision de confier l'expertise médicale à l'expert initialement désigné, considérant qu'aucun motif de récusation valable ne pouvait être retenu à son encontre.

**D.**

Par acte du 31 janvier 2020, l'intéressée, toujours représentée, a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle a requis l'assistance judiciaire (requête qu'elle a complétée par la suite) et conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 16 décembre 2019 de C.\_\_\_\_\_ et au renvoi de la cause à l'intimée en vue de la mise sur pied d'une expertise médicale de nature

pluridisciplinaire. Enjointe à le faire par la Juge instructrice (ordonnance du 4 février 2020), C. \_\_\_\_\_ a transmis dans son mémoire de réponse du 23 mars 2020 la motivation ayant fondé la décision contestée, en concluant au rejet du recours. Par décision incidente du 25 mars 2020, la Juge instructrice a admis la requête d'assistance judiciaire déposée et désigné comme mandataire d'office l'avocat déjà mandaté par l'assurée. Les parties ont répliqué et dupliqué les 29 avril et 25 mai 2020. Le mandataire de la recourante a transmis sa note d'honoraires le 16 juin 2020.

## **En droit:**

### **1.**

En guise de préambule, il convient d'examiner tout d'abord (d'office; ATF 120 V 357 c. 2a; SVR 1999 UV n° 25 c. 1a) la validité formelle de la décision attaquée.

**1.1** Les décisions doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties (art. 49 al. 3 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances [LPGA, RS 830.161]). L'obligation de motiver représente une part importante du droit d'être entendu au sens de l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst., RS 101). Elle doit empêcher que l'autorité se laisse guider par des motifs partiels et permettre le cas échéant aux intéressés de contester la décision de façon adéquate. Cela n'est possible que si la personne concernée et l'autorité de recours peuvent se faire une idée de la portée de la décision. En ce sens, les réflexions qui ont guidé l'autorité et sur lesquelles se fonde la décision doivent au moins être brièvement mentionnées. Il n'est toutefois pas nécessaire que tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties soient expressément exposés et discutés. Il suffit plutôt que les points importants en vue du jugement figurent dans la décision (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a; TF 9C\_494/2019 du 16 septembre 2019 c. 4; SVR 2017 KV n° 6 c. 5).

**1.2** En l'occurrence, il est manifeste que le droit d'être entendu de la recourante a été violé, dès lors que la décision incidente contestée, et même si elle comporte un historique très détaillé du litige (exposant le contenu des correspondances antérieures à la décision), ne contient aucune motivation relative aux arguments invoqués par l'assurée (demande de récusation de l'expert désigné et mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire, dos. C.\_\_\_\_\_ p. 657 et 728) ni aucun dispositif. Or, le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. En d'autres termes, les parties ont le pouvoir de l'exercer sans qu'il soit nécessaire d'examiner s'il aura une incidence sur le sort matériel du litige, c'est-à-dire que l'autorité sera incitée à modifier sa décision ou non (ATF 127 V 431 c. 3d/aa; SVR 2013 IV n° 26 c. 4.2). Dans cette mesure, il conviendrait en principe d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à C.\_\_\_\_\_. Cependant, le défaut de motivation de la décision attaquée peut être réparé si la partie recourante a la possibilité de présenter un mémoire complémentaire suite à l'exposé des motifs contenus dans la réponse de l'intimée et s'il n'en résulte, pour elle, aucun inconvénient (ATF 107 la 1 c. 1), le vice ne pouvant toutefois être corrigé si l'autorité qui a rendu la décision ne produit pas de mémoire de réponse en procédure de recours (ATF 116 V 28 c. 4b).

**1.3** En l'espèce, dès lors que C.\_\_\_\_\_ a pris position de manière circonstanciée sur les arguments de la recourante dans son mémoire de réponse du 23 mars 2020, l'absence totale de motivation dans la décision incidente a ainsi pu être réparée en procédure de recours, étant également précisé à ce stade que la recourante a eu l'occasion de présenter subséquemment un mémoire de réplique (dans laquelle elle a maintenu en substance les griefs ayant fondé son recours) le 29 avril 2020 en réponse aux motifs développés par l'intimée. De plus, dans la mesure où l'assurée n'a pas soulevé de griefs formels et au vu de la durée de la procédure à ce stade déjà, il convient de retenir que le vice a été réparé, du fait que le TA dispose, en procédure de recours, d'un pouvoir d'examen aussi étendu que celui prévalant en procédure administrative, stade où la violation du droit d'être entendu a été commise (ATF 133 I 201 c. 2.2 et les références

citées). La prise en compte de ce complément devant l'instance de recours et le surcroît de travail occasionné peuvent toutefois entraîner des conséquences quant à la répartition des dépens (la procédure en matière d'assurance-accidents ne générant [sauf circonstances particulières] pas de frais de procédure).

## 2.

**2.1** La décision de C. \_\_\_\_\_ du 16 décembre 2019 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette implicitement (à savoir dans la mesure des différentes correspondances échangées avant sa notification, cf. let. C) la demande de récusation déposée par l'assurée à l'encontre de l'expert (orthopédique) désigné par l'intimée, de même que celle visant à l'organisation d'une expertise pluridisciplinaire (en lieu et place d'une expertise seulement orthopédique). Elle constitue donc une décision incidente d'ordonnancement de la procédure administrative ne pouvant pas être contestée par voie d'opposition auprès de l'assureur qui l'a rendue (art. 52 LPGA; ATF 141 V 330; voir également art. 61 de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administrative [LPJA, RSB 155.21]; UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2020, art. 52 n. 56 ss). A ce stade déjà, il convient d'emblée de préciser que la prise en charge des opérations esthétiques requises (question non tranchée dans la décision contestée mais abordée uniquement en arrière-plan, C. \_\_\_\_\_ ne s'y étant par ailleurs pas opposée, mais souhaitant tout d'abord prioriser la mise sur pied d'une expertise orthopédique pour se déterminer sur la poursuite de son obligation de prester) n'est pas couverte par l'objet de la contestation.

Quant à l'objet du litige, déterminé par les conclusions de l'assurée, il vise à l'annulation de la décision incidente du 16 décembre 2019, à la récusation de l'expert médical mandaté par l'assureur-accidents et au renvoi de la cause à l'intimée en vue de la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire (en lieu et place d'une expertise monodisciplinaire), la conclusion n° 5 ajoutée dans le mémoire de réplique (renvoi du dossier à l'intimée en vue de la désignation d'un ou plusieurs médecins/experts)

étant couverte par la conclusion n° 4 du mémoire de recours visant à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire.

**2.2** La LPGA ne règle les décisions incidentes que sous certains aspects: l'art. 52 al. 1 LPGA prévoit que l'on ne peut pas faire opposition contre des décisions d'ordonnancement de la procédure et selon l'art. 56 al. 1 en liaison avec l'art. 57 LPGA, un recours peut être introduit auprès du tribunal cantonal des assurances contre une décision sur opposition ou contre une décision à l'encontre de laquelle la voie de l'opposition n'est pas ouverte. La jurisprudence, quant à elle, a posé le principe selon lequel une décision incidente ne peut, en principe, être examinée par le tribunal, que si elle cause un préjudice irréparable à l'administré (ATF132 V 93 c. 6.1, VGE 2019.375UV du 23 juillet 2019 c. 1.4) et précisé que l'existence d'un préjudice irréparable n'était pas jugée selon un critère unique, le tribunal adoptant bien plus le critère qui s'accorde le mieux avec la nature de la décision attaquée (ATF 131 V 362 c. 3.1).

Dans l'examen de l'existence (ou non) d'un préjudice irréparable, il convient de préciser ce qui suit:

**2.2.1** La jurisprudence admet le principe selon lequel le rejet par l'assureur d'une demande de récusation génère un préjudice irréparable pour la personne concernée, le vice ne pouvant pas, selon toute vraisemblance, être réparé ultérieurement (SVR 2010 IV n° 2; U. KIESER op. cit. ad art. 36 n. 33). Il en résulte que la décision contestée, dans la mesure où elle porte, notamment, sur la récusation d'un expert médical, est susceptible de recours séparément.

Partant, le recours est recevable sur ce point.

**2.2.2** Est également contesté devant le TA (conclusion n° 4 du mémoire de recours), le refus par C.\_\_\_\_\_ d'organiser une expertise pluridisciplinaire, en lieu et place d'une expertise monodisciplinaire (sur le seul plan orthopédique). Si la condition de l'existence d'un préjudice irréparable a largement été admise s'agissant aussi du principe et de la nature de l'expertise envisagée pour ce qui concerne les recours en matière d'AI (ATF 137 V 210 c. 3.4.2.7; VGE 2020.304.IV du 3 juillet 2020 c. 1.1, VGE 2019.831.IV du 1<sup>er</sup> novembre 2019 c. 1.1), la question se pose

de savoir si une application par analogie doit être admise dans le domaine de l'assurance-accidents. La pratique s'est montrée favorable au renforcement des droits de participation des parties face aux expertises mono- et bidisciplinaires (ATF 139 V 349 c. 5.4), également dans la procédure en matière d'assurance-accidents (et pour autant qu'il ne s'agisse pas de droits spécifiques à l'AI). Il en résulterait donc la possibilité d'interjeter un recours auprès du tribunal cantonal des assurances conformément aux modalités statuées dans l'ATF 138 V 318 c. 6.1.1 et 6.1.4. Il y a néanmoins lieu de relever que, contrairement à la procédure prévalant dans l'assurance-invalidité concernant la mise sur pied d'expertises pluridisciplinaires comprenant trois disciplines médicales, où prévaut le principe d'attribution aléatoire obligatoire (art. 72<sup>bis</sup> du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]), l'assureur-accidents pourrait, quant à lui (et contrairement à un office AI), compléter une expertise monodisciplinaire qui s'avérerait (par la suite) lacunaire (au vu des branches médicales concernées), voire la coordonner, subséquemment, avec d'autres avis médicaux spécialisés, d'où il en résulterait que le préjudice encouru serait, dans un tel cas de figure, réparable.

En tout état de cause, il convient de laisser la question de la recevabilité du recours sur ce point ouverte, au vu du sort du présent litige (cf. c. 6).

**2.3** Pour le surplus, interjeté en temps utile, dans les formes prescrites auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA; art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

**2.4** Le jugement de la cause incombe au juge unique de la Cour des affaires de langue française du TA (art. 54 al. 1 let. c et 57 al. 2 let. b de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

**2.5** Le TA examine librement la décision et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

### **3.**

**3.1** En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1, 2012 UV n° 2 c. 3.1). En outre, l'assureur-accidents doit clore le cas d'assurance en cessant la prise en charge du traitement médical ainsi que le versement d'une indemnité journalière et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1 LAA; ATF 143 V 148 c. 3.1.1, 137 V 199 c. 2.1).

**3.2** L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le principe de l'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir l'état de fait déterminant d'office, de sa propre initiative et sans être liée par les arguments et réquisitions de preuve des parties. Sont juridiquement déterminants, tous les faits dont l'existence a une incidence sur les éléments litigieux. Dans ce contexte, les autorités administratives doivent toujours entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer (ATF 117 V 282 c. 4a). Le principe de l'instruction d'office ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 125 V 193 c. 2e, 122 V 157 c. 1a; SVR 2009 IV n° 4 c. 4.2.2).

**3.3** Selon l'art. 44 LPG, 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.

Les règles relatives à la récusation et au déport d'experts sont en principe les mêmes que celles applicables aux juges. Dès lors, la prévention doit être admise en présence de circonstances aptes à faire douter de leur impartialité (ATF 132 V 93 c. 7.1; SVR 2018 UV n° 28 c. 3.1). Le fait qu'un spécialiste ait déjà été amené à examiner une personne par le passé n'exclut pas nécessairement qu'il soit nommé par la suite en qualité d'expert, même s'il parvient à des conclusions défavorables (à une partie). Il en va autrement en présence de circonstances donnant l'apparence de prévention et de nature à fonder objectivement un risque de partialité, par exemple lorsque l'expert n'a pas rédigé son rapport de façon neutre et circonstancielle (ATF 132 V 93 c. 7.2.2, SVR 2017 IV n° 27 c. 5.2).

#### **4.**

Sur le plan médical tout d'abord, la situation de l'assurée se présente comme suit:

L'assurée a subi, en raison de l'accident dont elle a été victime, le 10 août 2012, une fracture ouverte au niveau des deux fémurs (de degré II à droite, de degré III à gauche avec un important décollement et une altération des tissus mous au niveau de la cuisse). En vue de réduire les fractures fémorales, l'assurée a subi quatre interventions entre le 11 et le 22 août 2012 ayant consisté notamment en la mise en place de divers dispositifs d'ostéosynthèse, d'un ciment osseux au niveau du fémur gauche (afin de maintenir la fonction articulaire et la stabilité osseuse) et d'un procédé spécifique de traitement des plaies aiguës présentes au niveau de sa jambe gauche (par pression négative - VAC). Une greffe de la peau au niveau de la cuisse gauche (chirurgie plastique) a également été pratiquée le 24 août 2012. En raison d'une évolution médicale qualifiée de satisfaisante, l'assurée a pu quitter l'hôpital le 6 septembre 2012, moyennant un suivi médical rapproché sur le plan orthopédique. Une

infection cutanée ayant été diagnostiquée au niveau du fémur, la recourante a subi une nouvelle intervention (extraction du joint de ciment osseux ayant été fixé en août 2012) en janvier 2013. Par la suite, les examens cliniques et radiologiques ayant eu lieu en juin 2014 et mai 2015, effectués par les chirurgiens orthopédistes, ont fait état d'une évolution réjouissante sur le plan orthopédique, en présence d'une bonne consolidation osseuse et d'une patiente décrite comme (pratiquement) sans douleurs au quotidien. Dans leur rapport de juillet 2016, les mêmes spécialistes ont mis en évidence, près de trois ans après la dernière intervention (confirmant en cela leurs conclusions de juin 2014 et mai 2015), une évolution médicale favorable, au vu de l'existence de cicatrices qualifiées d'indolores, d'un appareil ligamento-capsulaire stabilisé et d'un matériel d'ostéosynthèse ne s'étant pas déplacé. En raison d'une gêne éprouvée par la recourante due à la présence du matériel d'ostéosynthèse, celui-ci a été retiré (avec succès) les 29 octobre 2018 (pour le fémur gauche) et 4 février 2019 (au niveau du fémur droit), l'assurée ayant pu regagner son domicile le lendemain des interventions. L'examen médical du 5 août 2019 par les médecins spécialistes en chirurgie plastique ont mis en évidence des adhérences importantes au niveau de la cuisse gauche en lien avec la cicatrice distordue résultant des opérations endurées. Ils ont préconisé de recourir à la technique de lipofilling (transferts de graisse autologue) par voie ambulatoire et demandé, à ce titre, à l'intimée, la prise en charge des interventions préconisées (cf. let. A).

## **5.**

**5.1** La recourante, après avoir initialement contesté le principe même de la nécessité d'organiser une expertise en se focalisant sur la question de la prise en charge des interventions de chirurgie plastique (mémoire de recours ad article 15 *in fine*), s'est subséquentement insurgée contre l'attribution du mandat d'expertise à l'expert orthopédique désigné par l'intimée, en invoquant que le spécialiste en question aurait déjà fait montre, par le passé et à répétitions reprises, d'un manque de diligence et d'empathie à l'égard de personnes expertisées.

L'intimée estime, quant à elle, que les allégations de l'assurée, fondées uniquement sur les dires de tiers, ne sont nullement étayées, et que, partant, elles ne reposent sur aucun élément objectif.

**5.1.1** Il convient d'emblée de préciser qu'un droit de participation des parties à la procédure, au sens d'un droit de collaborer à la désignation d'un expert, ne saurait être déduit du droit d'être entendu (RAMA 1998 p. 457 c. 4b). Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur, dans l'instruction de la demande, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et désigne, au besoin, pour élucider les faits médicaux, un expert indépendant (art. 44 LPGA). Même si l'art. 44, phr. 2 LPGA utilise la locution volontairement ouverte de "raisons pertinentes" (JACQUES OLIVIER PIGUET, *Commentaire romand – Loi sur la partie générale des assurances sociales*, 2018, art. 44 n. 32) pour décrire les motifs qui peuvent conduire à la récusation d'un expert (cette disposition allant au-delà des motifs légaux statué à l'art. 36 al. 1 LPGA), le seul fait pour l'assurée d'invoquer une apparence de prévention de l'expert mandaté en se référant à des cas individuels de traitements préjudiciables envers d'autres personnes assurées prétendument commis par l'expert concerné, ne saurait néanmoins suffire (TF 8C\_599/2014 du 18 décembre 2015 c. 6. 2). Une telle manière d'agir, fondée sur une seule impression subjective, est d'autant plus vouée à l'échec lorsque, comme en l'espèce, les dires de l'assurée ne sont nullement documentés, l'avocat de cette dernière s'étant uniquement contenté d'évoquer la sensibilité de sa mandante et des expériences passées malheureuses, dont il y a tout lieu de supposer qu'elles sont en lien avec le sort des litiges ayant impliqué certaines autres personnes qu'il représentait. A cela s'ajoute le fait que la recourante n'a également pas pu démontrer de manière substantielle pourquoi les prétendus manquements de l'expert dans des cas antérieurs permettraient de conclure, en l'espèce, à une prévention de l'expert désigné par C.\_\_\_\_\_ (SVR 2016 IV n° 8 c. 6.2). Enfin, le fait que l'expert mandaté soit (apparemment) régulièrement désigné par l'assureur ne conduit pas, en soi, à la récusation (ATF137 V 2010 c. 1.3.3, SVR 2017 IV n° 7 c. 4.2; TF 8C\_146/2016 du 9 août 2016 c. 3 et 4). Est déterminant le fait que le médecin mandaté ne soit soumis, quant au contenu de son rapport, à aucune instruction de l'assureur

concerné (TF I 885/06 du 20 juin 2007, c. 5.1). Rien ne laisse soupçonner de telles instructions dans le cas d'espèce.

**5.1.2** Aucun indice ne permet donc de mettre en doute d'emblée l'objectivité de l'expert mandaté par l'intimée en vue de procéder à une expertise orthopédique.

**5.2** Au titre de motifs de récusation, la recourante a également mis en doute les compétences de l'expert pour évaluer le cas d'espèce, s'insurgeant également contre le principe de recourir à la mise sur pied d'une expertise de nature orthopédique (mémoire de réplique du 29 avril 2020 ad article 4).

**5.2.1** Il y a lieu de relever que, dans un premier temps, l'assurée s'est uniquement opposée à la personne même de l'expert désigné (invoquant une personnalité peu empathique voire désagréable avec les personnes expertisées, cf. c. 5.1), ne mettant nullement en doute le choix de l'intimée de recourir à un expert dont la spécialisation médicale relevait de l'orthopédie, comme l'atteste ses requêtes visant à "*désigner un autre expert afin qu'il procède à cette expertise* (cf. courrier du 9 octobre 2019, dos. C. \_\_\_\_\_ p. 690) ou à ce que sa mère puisse assister à l'expertise pratiquée (requête devant être rejetée, la présence de tiers n'ayant pas à être autorisée selon la jurisprudence; ATF 132 V 443 c. 3.5 à 3.7; SVR 2008 IV n° 18 c. 4.4), cette ultime exigence ne faisant, dans tous les cas, que conforter la présomption selon laquelle la recourante s'était initialement accordée avec la spécialisation médicale incriminée (chirurgie orthopédique). A cet égard, le TA relève qu'il est par ailleurs avéré que les lésions subies par l'assurée, en août 2012 (notamment des fractures ouvertes des deux fémurs avec altération des tissus mous au niveau de la cuisse gauche), ont nécessité plusieurs interventions chirurgicales pratiquées par des chirurgiens orthopédiques, qui ont également assuré le suivi médical régulier de l'assurée jusqu'au retrait du matériel d'ostéosynthèse en octobre 2018 et février 2019. Dans ces conditions, le choix de l'intimée de soumettre le cas à un expert, spécialiste en chirurgie orthopédique, pour synthétiser dans un premier temps, la situation médicale de l'assurée (réflexion générale notamment sur la causalité naturelle, sur l'évolution et la stabilisation de l'état et les traitements encore

nécessaires, donc pas un avis seulement ciblé sur les interventions d'ordre esthétique déjà envisagées), ne saurait être contesté. En effet, le rôle du chirurgien orthopédique consiste non seulement en l'établissement d'un bilan pré-opératoire, à pratiquer l'opération en elle-même, mais également à assurer un suivi post-opératoire, portant également, comme en l'espèce, sur d'éventuelles séquelles (cicatrices disgracieuses ou éventualité de troubles neurologiques, voire psychiques) en lien ou interférant avec les atteintes initiales (en l'occurrence des fractures ouvertes). La recourante semble également négliger le fait que conformément à son devoir professionnel, l'expert est également tenu d'indiquer les investigations médicales complémentaires relevant d'une autre spécialisation (que la sienne) auxquelles il conviendrait de recourir. A cet égard, C.\_\_\_\_\_ a par ailleurs, sur demande de la recourante, introduit en ce sens une question supplémentaire au catalogue soumis à l'expert (dos. C.\_\_\_\_\_ p. 729 et 746).

**5.2.2** Il résulte de ce qui précède que, dans la mesure où l'expert controversé dispose, dans le domaine médical devant (dans tous les cas) être investigué (orthopédie) des compétences médicales nécessaires, dès lors qu'il bénéficie d'une formation spécialisée en orthopédie de surcroît sanctionnée par l'obtention du titre de spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et qu'il est inscrit au registre suisse des professions médicales (et même si ces deux conditions ne sont pas exigées selon la jurisprudence, J. O. PIGUET op. cit., art. 44 n. 40, TF 8C\_460/2017 du 1<sup>er</sup> février 2018 c. 5.5 et la jurisprudence citée), c'est à tort que l'intimée invoque, comme motif de récusation, que l'expert pressenti ne dispose pas des connaissances et compétences professionnelles requises.

**5.3** Au vu des considérations qui précèdent, aucun motif de récusation ne peut donc être valablement invoqué à l'encontre de l'expert désigné par C.\_\_\_\_\_ à dessein de rédiger une expertise sur le plan orthopédique.

## **6.**

**6.1** Même dans l'hypothèse où il conviendrait d'admettre la recevabilité du recours déposé par l'assurée contre le choix de l'intimée de mettre sur

ped une expertise monodisciplinaire (sous l'angle orthopédique uniquement), il y aurait lieu de rejeter le recours sur ce point également.

**6.2** En effet, à ce stade, et ainsi que cela a été détaillé au c. 5.2, l'initiative de C.\_\_\_\_\_ de diligenter (dans un premier temps) une expertise monodisciplinaire sur le plan orthopédique ne saurait prêter le flanc à la critique, les atteintes subies par l'assurée et les opérations subséquentes ayant porté sur la réduction de deux fractures fémorales. Quant à la prétendue nécessité d'explorer encore d'autres domaines médicaux (tels, ainsi que demandé par la recourante, les aspects esthétiques, neurologiques et psychiatriques) et de les coordonner entre eux, elle ne saurait être imposée par le TA à l'intimée dans le contexte de la précédente procédure. Il n'appartient en effet pas au tribunal cantonal des assurances, qui n'est pas l'autorité de surveillance des assureurs sociaux, de dicter à l'avance à ces derniers la façon dont ils doivent mener leur instruction dans les cas particuliers. Des mesures d'instruction manifestement incohérentes et déplacées pourraient être contestées par le biais du recours pour déni de justice ou retard injustifié. Or la recourante ne soulève à juste titre pas ce genre grief. Rien n'indique que la synthèse médicale à laquelle l'orthopédiste choisi par l'intimé devra procéder retardera le cours de la procédure. Elle pourra au contraire mettre en évidence les points essentiels à trancher et éviter ainsi que l'intimée se lance dans des mesures d'instruction superflues. Pour le surplus, on en revient au fait que le désaccord avec les modalités d'instruction prévues en l'occurrence par l'intimée sont irrecevables (cf. c. 2.2.2). En effet, l'argument d'une lacune d'investigation spécialisée (violation de l'obligation d'instruire d'office, cf. c. 3.2) pourra (et devra) être soulevé, si nécessaire, dans les moyens de droit à disposition de l'assurée à l'encontre des décisions et décisions sur opposition matérielles que rendra l'intimée, ce qui exclut un préjudice irréparable.

**6.3** C'est donc à tort que l'assurée prétend, à ce stade de la procédure, avoir le droit d'imposer la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire à la place de l'expertise orthopédique que l'intimée a choisi d'organiser.

## **7.**

**7.1** Au vu de ce qui précède, le recours doit donc être rejeté dans la mesure de sa recevabilité.

**7.2** Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 61 let. a LPGA).

**7.3** La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a en principe pas droit au remboursement de ses dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

**7.3.1** Des circonstances particulières peuvent néanmoins justifier une répartition différente (art. 108 al. 3 LPJA). En l'espèce, la violation du droit d'être entendue de l'assurée par l'intimée (absence de dispositif et de motifs à l'appui de la décision contestée, cf. c. 1.2) a été de nature à inciter la recourante à porter le litige devant l'instance supérieure, ne serait-ce que pour s'assurer du contenu exact des points statués dans la décision litigieuse (notamment la question de la prise en charge des opérations esthétiques) et pour pouvoir décider, par la suite, du maintien (ce qu'elle a d'ailleurs fait) ou non du recours. Dans ces conditions et en dépit de son gain de cause, il se justifie de mettre à la charge de l'intimée un tiers du montant des dépens de la recourante (les deux autres tiers étant à la charge de l'assurée).

**7.3.2** L'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens (ORD, RSB 168.811) prévoit un cadre de Fr. 400.- à Fr. 11'800.- pour les procédures relevant du droit des assurances sociales. Dans sa note d'honoraires du 16 juin 2000, portant sur un laps de temps du 31 janvier au 16 juin 2020, le mandataire de la recourante a fait valoir un montant d'honoraires total de Fr. 5'561.- (correspondant à des honoraires de Fr. 4'860.- pour 18 heures de travail auxquels s'ajoutent une somme de débours d'un montant de Fr. 303.40, ainsi que la TVA de Fr. 397.60). Compte tenu de l'importance et de la complexité de la procédure judiciaire, de la pratique du TA dans des cas semblables et du fait que le mandataire de la recourante a également comptabilisé des heures de travail qui ne sont pas en lien avec la présente procédure de recours (notamment la question d'une surindemnisation en vertu du concours de différents assureurs [activités du 25 février 2020], différents courriers adressés à C. \_\_\_\_\_ et une conférence téléphonique

y relative [10 mars et 9 avril 2020], courriel à l'assurée en lien avec la Caisse cantonale de compensation E.\_\_\_\_\_ [29 mai 2020]), il faut considérer qu'un temps de travail de 13 heures au tarif de Fr. 270.-, auquel s'ajoutent Fr. 212.- de débours (réduits pour les mêmes motifs d'un tiers par rapport au montant initial revendiqué et du fait que de nombreuses copies, en partie en couleur, du dossier de l'intimée annexées au recours étaient superflues), est objectivement approprié pour la rédaction d'un mémoire de recours, pour les échanges d'écritures nécessaires requis par l'objet de la contestation et la requête d'assistance judiciaire. Au vu de ce qui précède, les dépens pour la présente procédure peuvent donc être fixés à Fr. 4'008.60 (honoraires de Fr. 3'510.- [13h à Fr. 270.-], débours de Fr. 212.- et TVA de Fr. 286.60).

C.\_\_\_\_\_ s'acquittera par conséquent d'un montant de Fr. 1'336.20 (débours et TVA compris) auprès de la recourante au titre de participation à ses dépens pour la procédure de recours devant le TA (cf. 7.3.1). Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens.

**7.3.3** L'assurée a déposé une requête d'assistance judiciaire, qui a été admise (voir la décision incidente du 25 mars 2000) et le mandataire de cette dernière a été désigné comme avocat d'office pour la présente procédure judiciaire. La rémunération du mandataire de la recourante, dans une proportion de deux tiers (cf. c. 7.3.1) doit ainsi être provisoirement supportée par le canton au titre de l'assistance judiciaire.

Eu égard à la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 132 I 201 c. 8.7), la caisse du Tribunal versera la somme de Fr. 2'019.05 au titre du mandat d'office (honoraires: Fr. 1'733.35 [soit  $\frac{2}{3}$  x 13 heures à Fr. 200.-],  $\frac{2}{3}$  des débours: Fr. 141.35 et TVA: Fr. 144.35; voir aussi les art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11], l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811] et l'ordonnance cantonale du 20 octobre 2010 sur la rémunération des avocates et avocats commis d'office [ORA, RSB 168.711]).

**7.3.4** La recourante doit toutefois être rendue attentive à son obligation de remboursement (envers le canton et son avocat) si elle devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272] par renvoi de l'art. 112 al. 2 LPJA).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure.
3. L'intimée versera à la recourante la somme de Fr. 1'336.20 (débours et TVA compris) au titre de participation à ses dépens pour la présente procédure. Pour le surplus, il n'est pas alloué de dépens.
4. Les honoraires de Me B. \_\_\_\_\_ sont taxés à Fr. 3'510.- auxquels s'ajoutent des débours par Fr. 212.- et la TVA; la caisse du tribunal lui versera la somme de Fr. 2'019.05 au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
5. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire de la recourante,
  - à l'intimée,
  - à l'Office fédéral de la santé publique.

La Juge:

La greffière:

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).