

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 mai 2016

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
MM. Dépraz, juge et Pittet, juge assesseur
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

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

et

G. _____ **ASSURANCES**, à [...], intimée, représentée par Me Séverine
Berger, à Lausanne.

Art. 43 et 44 LPGA ; art. 6 LAA

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], était employée par la société I._____ (ci-après : la société I._____) en tant qu'esthéticienne depuis le 1^{er} août 2012. Elle travaillait en particulier pour le compte du Dr C._____, spécialiste en médecine interne et en médecine anti-âge auprès de la société I._____. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de G._____ Assurances (ci-après : G._____ Assurances, l'assurance ou l'intimée).

Par téléphone du 19 novembre 2013, l'employeur a annoncé l'accident à G._____ Assurances qui l'a consigné dans une feuille de sinistre en indiquant : « choc involontaire de la tête d'un ami contre le nez de l'employée ».

Dans un document de G._____ Assurances, destiné aux médecins, en partie complété par l'employeur, le nez a été désigné comme partie du corps atteinte et des coups sans cassure comme lésions subies. Le Dr P._____, spécialiste oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL), a diagnostiqué, pour sa part le 23 novembre 2013, dans ce même document, une contusion nasale et indiqué succinctement que le traitement était terminé.

Le 7 mai 2014, la Dresse R._____, spécialiste en radiologie, a adressé au Dr C._____ un rapport de radiographie du nez (profil) dans lequel elle a indiqué : « il existe en effet une petite fracture au niveau de l'os propre du nez probablement ancienne avec un cal de consolidation visible dans le foyer fracturaire restant seulement une micro encoche sur le versant antérieur de la corticale ».

Lors d'un entretien téléphonique du 14 mai 2014, l'assurée a indiqué à G._____ Assurances avoir consulté le Dr Y._____, spécialiste ORL, qui lui avait conseillé, au vu de la bosse qu'elle avait sur le nez, d'aller faire des radiographies pour les montrer à un chirurgien esthétique.

Ayant du mal à respirer, ce médecin lui avait donné des gouttes de cortisone à prendre pendant quelques mois. Elle s'était rendue chez le Dr E._____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive esthétique, qui lui proposait une opération à faire une année après l'accident, dans la mesure où les radiographies démontraient une fracture. Elle demandait à G._____ Assurances d'envoyer au Dr E._____ un formulaire de prise en charge de l'opération.

En réponse à une demande de G._____ Assurances, dont les questions ne figurent pas au dossier, le Dr E._____ a, le 12 juin 2014, indiqué ce qui suit :

- « 1. Fracture du nez le 18.10.2013.
Déformation résiduelle du nez.

- 2. a) Il persiste une déformation du dorsum nasal à la jonction ostéo cartilagineuse consécutive au traumatisme.
b) Non.

- 3. a) aucun pour l'instant.
b) Rhinoplastie fonctionnelle.
c) La prochaine consultation aura lieu dès réception de la décision de G._____ Assurances.
d) Indéterminée pour l'instant.

- 4. a) Nous n'avons pas délivré de certificat d'arrêt de travail.
b) Non.
c) Trop tôt pour se prononcer ».

Interpellé par l'assurance, le 5 septembre 2014, le Dr F._____, médecin-conseil, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, a fait part à G._____ Assurances, le 8 septembre 2014, de son évaluation du cas. Il a en particulier indiqué avoir pris contact avec le Dr P._____ qui l'avait informé n'avoir vu l'assurée qu'une seule fois le 24 octobre 2013 à la suite de l'accident. Ayant posé le diagnostic de contusion nasale, son examen clinique ne lui ayant démontré aucune fracture, ce médecin n'avait pas jugé nécessaire d'effectuer une radiographie. Le Dr F._____ indiquait encore avoir visionné le CD-ROM de la radiographie du 7 mai 2014 et n'être pas convaincu de la présence d'une ancienne petite fracture. Il concluait que la causalité entre l'événement et la nécessité d'une

rhinoplastie fonctionnelle ne paraissait ni certaine ni probable, cette dernière n'étant à son avis que peut être possible.

Sur la base de cet avis médical, l'assurance a informé l'assurée par courrier du 16 septembre 2014 qu'elle refusait le versement de prestations relatives au traitement médical entrepris auprès des Drs Y._____ et E._____ en avril 2014, le lien de causalité n'étant pas suffisamment établi.

L'assurée a contesté cette prise de position, lors d'un appel du 19 septembre 2014 consigné de la manière suivante dans une note téléphonique :

« Au départ elle a consulté Dr P._____ — ce dernier a diagnostiqué une contusion nasale — elle était alors très enflée et avait des bleus et il était difficile de poser un diagnostic clair — il lui a prescrit des anti-inflammatoires.

Après qqes temps, l'inflammation ne disparaissait pas — elle a consulté Dr Y._____ — ce dernier a diagnostiqué une fracture du nez — après la réduction de l'inflammation, il conviendrait éventuellement de procéder à une opération car l'assurée présente une bosse apparente sur le nez.

La patiente a été observée par un chirurgien plastique spécialiste du nez, Dr E._____ — ce dernier confirme la nécessité d'une rhinoplastie fonctionnelle ».

Lors de cet entretien, l'assurée a encore indiqué à G._____ Assurances que la rhinoplastie fonctionnelle était prévue le 21 novembre 2014.

Le 30 septembre 2014, l'assurance a demandé à l'assurée des photographies d'avant et après l'accident, ainsi que des documents médicaux complémentaires des Drs E._____ et Y._____.

Par courriel du 30 septembre 2014, le secrétariat du Dr E._____ a transmis une photo du visage de l'assurée.

Dans un certificat médical du 1^{er} octobre 2014, le Dr Y._____ a indiqué ce qui suit :

« Je soussigné certifie avoir examiné cette patiente le 9 décembre 2013.

Elle signalait un choc sur le nez dans les jours qui précédaient associé à une rhinite chronique. J'ai donné un traitement local décongestionnant, permettant de diminuer la congestion nasale externe et interne. Je l'ai revue le 3 février 2014 : il persistait une bosse sur le nez pour laquelle elle souhaitait réfléchir quant à une intervention chirurgicale ».

Ces nouveaux documents ont été transmis au Dr F. _____ qui a indiqué, lors d'un entretien téléphonique du 9 octobre 2014 avec G. _____ Assurances, qu'ils ne lui apportaient rien de nouveau, que l'idéal serait de recevoir des photos du profil du nez de l'assurée avant et après le sinistre prouvant que cette bosse n'était pas déjà présente avant le sinistre. Il déclarait en outre que, lors de sa consultation du 24 octobre 2013, le Dr P. _____ avait effectué une rhinoscopie et que, si une fracture avait été présente à ce moment-là, il l'aurait constatée et diagnostiquée. Le Dr F. _____ maintenait pour le surplus sa position.

Par courrier du 21 octobre 2014, l'assurance a confirmé à l'assurée son refus d'intervenir, au motif que les derniers éléments transmis ne permettaient pas à son médecin-conseil de modifier sa position.

A la demande de Protekta, assurance protection juridique de l'assurée, G. _____ Assurances lui a notifié une décision formelle le 4 novembre 2014, confirmant son refus de prester.

Le 2 décembre 2014, l'assurée, entre temps représentée par Me Guyat, a fait opposition à cette décision. Dans ce cadre elle a conclu à l'annulation de la décision du 4 novembre 2014 et à la poursuite du versement des prestations de G. _____ Assurances suite à l'accident du 18 octobre 2013. À titre de mesure d'instruction, elle a requis qu'une expertise soit mise sur pied.

Le 26 février 2015, G. _____ Assurances a rendu une décision sur opposition rejetant l'opposition de l'assurée et confirmant sa décision du 4 novembre 2014, refusant la prise en charge d'une rhinoplastie

fonctionnelle au motif que la fracture, cause de cette intervention, était sans lien avec l'accident survenu le 18 octobre 2013. Cette décision a été communiquée le 26 février 2015 à l'assurance-maladie pour information.

Le 3 mars 2015, par le biais d'un formulaire pré-imprimé, le Prof. Q._____, spécialiste ORL et en chirurgie de l'oreille, a informé G._____ Assurances avoir examiné la patiente le 29 août 2014. Cette consultation faisait suite à une fracture du nez le 18 octobre 2013 due à un accident, selon ce que lui avait indiqué la patiente. Il a de surcroît noté avoir constaté une déviation septite droite, n'avoir fait aucune radiographie et prescrit une septoplastie, à laquelle la patiente devait encore réfléchir.

B. Par acte du 27 mars 2015, K._____, par l'intermédiaire de son conseil, recourt contre cette décision sur opposition. Elle conclut à son annulation et à la poursuite par G._____ Assurances du versement des prestations relatives au sinistre du 18 octobre 2013, en particulier à la prise en charge de l'opération de rhinoplastie et ses suites. Elle allègue en particulier que la preuve de la disparition du lien de causalité est à la charge de l'assureur-accidents, dès lors qu'il a reconnu préalablement cette causalité et reproche à l'intimée de ne s'être fondé que sur l'avis de son médecin-conseil en écartant sans motif objectif les avis de ses médecins traitants. Elle produit en outre à l'appui de son recours :

- une attestation du Dr E._____ du 4 mars 2015 confirmant que la déformation du dorsum nasal de la recourante constatée le 2 avril 2014 n'existait pas le 23 septembre 2013 lors d'une consultation ;

- une attestation du 5 mars 2015 de la Dresse Z._____, médecin généraliste, certifiant que le nez de la recourante avant son accident ne présentait aucune particularité, que deux jours après, celui-ci elle présentait une tuméfaction de taille importante accompagnée d'un hématome qui irradiait sous l'œil gauche et qu'une fois l'œdème disparu une

irrégularité gênante sur l'arête nasale gauche, toujours présente à ce jour, persistait.

La recourante requiert en outre à titre de mesure d'instruction complémentaire la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire.

Dans sa réponse du 3 juillet 2015, l'intimée conclut au rejet du recours au motif que la recourante ne démontre pas l'existence d'une fracture au degré de vraisemblance requise et n'apporte pas la preuve d'un lien de causalité entre cette fracture et l'accident du 18 octobre 2013. Elle allègue en particulier que les photographies produites par la recourante ne sont pas suffisantes pour prouver ce lien et conteste enfin que la rhinoplastie, envisagée selon elle à but purement esthétique, soit à charge de l'assureur accidents. Elle réclame au titre de mesure d'instruction la production des dossiers médicaux de la recourante auprès des Drs Y. _____ et E. _____ à [...].

La recourante réplique le 15 septembre 2015 en répondant aux divers arguments soulevés par l'intimé dans son mémoire réponse. Elle confirme les conclusions de son recours, maintient sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise et requiert l'audition de la Dresse Z. _____. A l'appui de ses déterminations, elle produit en outre :

- une facture du 14 février 2014 du Dr Y. _____ d'un montant de 191 fr. 65.
- un rapport médical du 10 septembre 2015 du Dr E. _____, adressé au conseil de la recourante à la suite de ses questions et libellé en ces termes :

« 1. Quels sont les troubles et affection que la rhinoplastie, projetée dans le cas de Madame K. _____ a pour but de corriger, que ce soit sur le plan physique ou sur le plan psychologique ?
La rhinoplastie post-traumatique a pour but, dans ce cas, de redresser la pyramide nasale déviée et de corriger une irrégularité du dorsum nasal osseux paramédiane gauche.

2. Peut-on admettre que la déformation du dorsum nasal pourrait être corrigée également par cette intervention ?
Oui et la respiration nasale se retrouverait améliorée.

3. La déformation précitée peut-elle être qualifiée de visible et spécialement sensible sur le plan esthétique ?

Oui

4. Pouvez-vous admettre que, selon un degré de vraisemblance supérieure à 50 %, l'atteinte à la santé, les troubles ou les problèmes esthétiques que la rhinoplastie a pour but de corriger constitue une conséquence au moins partielle de l'accident du 18 octobre 2013, soit qu'il n'existerait pas si cet événement n'avait pas eu lieu ?

La déformation de la pyramide nasale et l'irrégularité du dorsum sont clairement la conséquence du traumatisme du 18 octobre 2013.

5. Vous mentionnez dans votre attestation du 4 mars 2015 une consultation du 23 décembre 2013. Pouvez-vous confirmer que ladite consultation ne concernait en aucun cas le nez de Madame K. _____, mais qu'il s'agissait d'un contrôle de routine suite à une intervention chirurgicale effectuée par vos soins quelque temps plus tôt à la poitrine ?

Il s'agissait effectivement d'un contrôle de la poitrine qui a été opérée le 22 mars 2013. Des photographies du résultat ont été prises à cette occasion ».

Le 22 décembre 2015, l'intimée confirme ses conclusions en rejet du recours. Elle réitère l'argumentation développée dans sa réponse et relève de surcroît que l'ancienneté de la fracture mentionnée par le radiologue dans son rapport du 7 mai 2014, ne permet pas d'admettre un lien de causalité avec l'accident.

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-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

En l'espèce, la recourante est domiciliée dans le canton de Vaud. Son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme. Il est donc recevable.

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 (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) La question litigieuse est celle de l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 18 octobre 2013 et la lésion que la recourante a sur le nez (bosse et déviation nasale). Plus particulièrement, il s'agit de savoir si elle a droit à la prise en charge par l'assureur-accident de l'intervention de rhinoplastie fonctionnelle envisagée et ses suites.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans la survenance de l'accident (*statu quo sine* ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3 et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_6/2009 du 30

juillet 2009, consid. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009, consid. 2.2).

4. a) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Il lui appartient en premier lieu, conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre. L'administration dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une

expertise judiciaire (ATF 135 V 465 ; TF [Tribunal fédéral] 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3).

5. a) L'examen du dossier conduit au constat sans appel que l'ensemble de l'instruction menée par l'intimée est sommaire. G. _____ Assurances n'a ainsi pas requis de la part du Dr P. _____, pourtant premier médecin à avoir examiné la recourante après l'accident, de rapport médical détaillé dont il devait vraisemblablement disposer suite à la rhinoscopie effectuée. Seul l'avis succinct consigné dans le formulaire pré-imprimé (inscription du médecin) destiné à l'assureur, ainsi que ses indications téléphoniques au Dr F. _____ transcrites dans une note interne par la gestionnaire du dossier font insuffisamment état de ses constatations. De même, les rapports des Drs Y. _____ et E. _____ figurant au dossier sont trop sommaires pour pouvoir déterminer les motifs et les circonstances des consultations. L'intimée ne pouvait ainsi se passer d'obtenir des renseignements complémentaires auprès de ces médecins. D'ailleurs, en réclamant au titre de mesure d'instruction dans son mémoire réponse les dossiers complets de ces deux médecins, elle reconnaît indirectement les lacunes de son instruction. Quant aux radiographies, initialement adressées à l'employeur de la recourante, on ignore si elles ont été examinées par les médecins traitants, en particulier par le Dr E. _____ pour conclure au lien de causalité. Les motifs de la rhinoplastie envisagée, les incidences de la rhinite chronique (rapport médical du Dr Y. _____ du 1^{er} octobre 2014) dans l'évaluation du cas, méritaient également d'être éclaircies, de même que les circonstances de l'accident et l'évolution chronologique des consultations médicales devaient l'être auprès de l'assurée. À cet égard on relèvera que les contacts entre G. _____ Assurances et la recourante ont dans leur totalité fait l'objet d'entretiens téléphoniques, consignés en conséquence de manière indirecte dans des notes rédigées par l'intimée elle-même. L'assureur responsabilité civile du responsable de l'accident, dont la production du dossier était susceptible d'apporter des précisions, n'a pas été interpellé. Enfin les circonstances dans lesquelles le Prof. Q. _____ a été consulté par sa patiente restent obscures, l'intimée n'ayant pas jugé utile de les éclaircir, se contentant du rapport succinct établi sur son

formulaire pré-imprimé, clairement insuffisant pour disposer d'un avis supplémentaire efficient.

Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que l'intimée a failli à son devoir d'instruction, les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause n'ont pas suffisamment été élucidés pour pouvoir se prononcer en l'état du dossier sur l'existence d'un lien de causalité.

b) Quant à l'examen des pièces médicales, ce dernier conduit indubitablement au constat de disparités, voire de contradictions dans les avis exprimés par les médecins qui se sont penchés sur le cas de la recourante. A cet égard, il convient de relever que si le Dr P._____ pose le diagnostic de contusion nasale (rapport médical du 23 novembre 2013), le Dr E._____ parle de fracture et déformation résiduelle du nez (rapport médical du 12 juin 2014), de déformation du dorsum nasal et de déviation de la pyramide nasale (rapport médical du 4 mars 2015 et 10 septembre 2015) et le Prof. Q._____, pose le diagnostic de déviation septite droite (rapport médical du 3 mars 2015). La radiologue confirme l'existence d'une ancienne fracture sur la base des radiographies effectuées le 7 mai 2014, alors que le Dr F._____ n'en est « pas convaincu » (rapport médical du 8 septembre 2014). Enfin, le Dr Y._____, sans parler de fracture, évoque un choc sur le nez associé à une rhinite chronique, suite à quoi il prescrit un traitement pour réduire la congestion nasale externe et interne (rapport médical du 1^{er} octobre 2014).

Les médecins consultés ne se sont en outre pas clairement prononcés sur le rapport de causalité, excepté le médecin conseil qui ne l'a jugé que tout au plus possible (rapport médical du 8 septembre 2014) et le Dr E._____ qui a considéré la déviation de la pyramide nasale et l'irrégularité du dorsum comme étant clairement la conséquence du traumatisme du 18 octobre 2013 (rapport médical du 10 septembre 2015, ch. 4). Aucun de ces deux médecins n'a toutefois objectivé médicalement son avis, se contentant d'affirmations.

Aucun de ces rapports contradictoires ne dispose d'une valeur probante prépondérante suffisante pour emporter conviction, dans la mesure où ils restent tous succincts et peu motivés. En particulier, le Dr F._____, qui n'est de surcroît spécialisé ni en ORL ni en radiologie, n'explique pas pour quelle raison il n'est pas convaincu par la présence d'une petite fracture suite à son examen des radiographies et le rapport initial du Dr P._____, qui ne fait que poser un diagnostic sur formulaire pré-imprimé par l'assurance, est par trop succinct pour pouvoir conclure à l'absence du lien de causalité.

Quant aux rapports de la radiologue du 7 mai 2014 et du Dr E._____ du 12 juin 2014, ces derniers font naître des doutes suffisants sur la fiabilité de l'appréciation du Dr F._____. Ainsi, il n'est pas possible de trancher la question du lien de causalité en l'état du dossier sans procéder à une instruction complémentaire par le biais d'une expertise, comme l'a déjà requis la recourante d'abord dans ses observations puis dans son acte de recours.

6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions, soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 ; RAMA 1993 n° U 170 p. 136 ; 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a

jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) Dans la mesure où l'autorité de première instance, à savoir l'assurance-accidents a négligé l'instruction du dossier dont elle était chargée (consid. 5.a), en omettant de réclamer aux médecins traitants les pièces essentielles, et se contentant d'une évaluation forcément sommaire du médecin conseil, le renvoi pour instruction complémentaire se justifie. En effet, l'assurance-accident ne saurait compter sur le principe inquisitoire également valable en seconde instance pour reporter la charge de son instruction lacunaire sur l'autorité de recours afin qu'elle procède à une expertise judiciaire pour éclaircir les faits. Il se justifie en conséquence en l'espèce de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle mette en œuvre une expertise, conforme à l'article 44 LPGA auprès d'un chirurgien spécialisé dans les questions ORL.

Le recours contre la décision sur opposition rendue le 26 février 2015 par G._____ Assurances est ainsi bien fondé, la décision attaquée doit être annulée et le dossier renvoyé à l'intimée pour complément d'instruction sous forme d'expertise.

7. a) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable sur renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD). Selon l'art. 7 al. 3 TFJAS (Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 francs.

In casu, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 2'500 fr. (débours et TVA compris) à titre de dépens, portée à la charge de l'intimée.

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

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

- I. Le recours déposé le 27 mars 2015 par K._____ est admis.

- II. La décision sur opposition du 26 février 2015 rendue par G._____ Assurances, est annulée et la cause renvoyée à l'assureur pour complément d'instruction dans le sens des considérants.

- III. G._____ Assurances, versera à K._____ un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

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

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 K._____),
- G._____ Assurances,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

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 :