

VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 535 vom 22. Juli 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-07-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2014__535

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 535 du 22 juillet 2014

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 535 del 22 luglio 2014

Regeste

MOYEN DE DROIT, RÉVISION{DÉCISION}, NOUVEAU MOYEN DE FAIT, EXPERTISE MÉDICALE | 61 let. i LPGA, 100 al. 1 let. b LPA-VD

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 22.07.2014 Arrêt / 2014 / 535

MOYEN DE DROIT, RÉVISION{DÉCISION}, NOUVEAU MOYEN DE FAIT, EXPERTISE MÉDICALE | 61 let. i LPGA, 100 al. 1 let. b LPA-VD

TRIBUNAL CANTONAL AA 112/10 - 80/2014 ZA10.41775 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 22 juillet

2014 _____ Présidence de Mme Thalmann Juges : Mme

Di Ferro Demierre et M. Bidiville, assesseur Greffière : Mme Saghbini *****

Cause pendante entre : W. _____, à [...], recourante, et C. _____, à [...], intimé, représenté par Me Manuela Ryter Godel, avocate à Yverdon-les-Bains. _____

Art. 61 let. i LPGA ; 100 ss LPA-VD E n f a i t : A. C. _____ (ci-après : l'assuré ou le défendeur) était assuré contre le risque accident auprès de A. _____, laquelle a été reprise en 2005 par le groupe W. _____ (ci-après : W. _____ ou la demanderesse).

L'intéressé était assuré auprès de W. _____ pour la maladie. Par arrêt du 14 décembre 2009 (cause n° AA 5/06 – 92/2009), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours déposé par C. _____ contre la décision sur opposition du 4 octobre 2005 rendue par W. _____ et l'a réformée en ce sens que la caisse devait continuer à allouer ses prestations à l'assuré à la suite de l'accident du 13 août 2002, le dossier lui étant retourné afin qu'elle fixe l'ampleur de ses prestations. Cet arrêt retient notamment ce qui suit : « A. C. _____ (ci-après : l'assuré), né le [...] 1954, travaillait en qualité de jardinier, employé par la fondation J. _____ à Lausanne. Selon le rapport de police du 15 août 2003, et le procès-verbal d'audition de l'assuré du 19 août 2002, le 13 août 2002 alors qu'il était à son travail, l'assuré a entendu des appels à l'aide et vu qu'un homme en frappait un autre avec une latte en bois. Il est alors intervenu et a proposé d'appeler la police. Alors que le groupe se dirigeait vers une cabine téléphonique, l'agresseur s'est retourné subitement et, au moyen de la latte, a frappé l'assuré sur l'avant-bras droit qu'il utilisait pour se protéger. Dans un procès-verbal d'audition du 29 septembre 2003, il a déclaré notamment ce qui suit : "Le Noir m'a asséné un coup avec sa latte de bois. Je n'ai eu que le temps de me protéger le visage avec l'avant-bras droit. Celui-ci a été fracturé. J'ai alors saisi mon agresseur avec mon autre bras et je l'ai amené au sol en faisant un balayage. Comme il s'est agrippé à moi, nous sommes tombés ensemble. Je n'ai pas alors senti qu'il m'avait mordu l'oreille car mon bras me faisait très mal. Je me suis relevé, et j'ai immédiatement donné un coup de pied au thorax et un autre au visage de mon adversaire, car j'avais peur (...) qu'il se remette à me frapper. Si mon bras n'avait pas été cassé, je ne l'aurais pas frappé, mais je

l'aurais immobilisé au sol en lui faisant une clé. Je précise que j'ai fait de la lutte pendant de nombreuses années." Peu après, le jardinier de la ville, qui se trouvait sur place, a remarqué qu'il manquait un bout de l'oreille droite de l'assuré qu'il a ramassé sur le trottoir (procès-verbal d'audition du 19 août 2002, p. 2). Figurent notamment au dossier : - Une déclaration d'accident signée par l'employeur de l'assuré le 30 août 2002 faisant état d'un bras droit cassé et d'une partie d'oreille arrachée. - Un rapport médical initial LAA adressé à A._____ (le portefeuille suisse d'assurances LAA et d'indemnités journalières a été transféré au 18 janvier 2005 au profit d'W._____ le 23 septembre 2002) et signé par le Dr M._____, médecin assistant auprès du service de traumatologie du H._____, qui diagnostique une fracture du cubitus droit et un défaut de substance par morsure à l'oreille droite. - Un rapport établi le 17 décembre 2002 par le Dr L._____, chiropraticien, qui mentionne une capsulite rétractive du poignet droit et une adhérence membrane interosseuse. - Un certificat LAA du 18 décembre 2002 signé par le Dr F._____, médecin assistant auprès du service de traumatologie du H._____, qui mentionne une fracture du cubitus droit et un défaut de substance par morsure à l'oreille droite. - Un rapport du service de neurologie du H._____ du 10 février 2003, signé par le Dr P._____, médecin-adjoint auprès du H._____, qui fait mention d'un examen en date du 30 janvier 2003 dans le contexte d'un syndrome douloureux épicondylien de l'avant-bras droit, exacerbé par les mouvements de flexion. Le patient y présente un traumatisme à mi-août dans le cadre d'une agression avec une fracture du radius gauche traitée conservativement. Il ne décrit pas de fourmillement, de trouble de la sensibilité ni de maladresse. A l'examen, les réflexes sont faibles. Pas d'amyotrophie. Pas de trouble sensitif. Pas de signe de Tinel. Discrète parésie du court abducteur du pouce droit. Les paramètres de la conduction nerveuse ont été évalués sur les terminales des nerfs médians et le nerf droit. Il existe un prolongement relatif de la latence distale du nerf médian avec par ailleurs des paramètres normaux. Les conclusions sont que ce patient présente une épicondylite post-traumatique avec, comme seul signe, la présence d'une discrète parésie du court abducteur du pouce. Les paramètres de la conduction nerveuse confirment la présence d'un syndrome du canal carpien purement moteur qui pourrait entrer dans le cadre d'une partie des douleurs décrites. - Un rapport 12 février 2003, du Dr F._____, qui décrit une épicondylite droite, observée le 28 novembre 2002. Il mentionne aussi des douleurs à l'épaule droite et dans la région du poignet. Il note qu'au niveau de la fracture du cubitus droit, il y a une évolution favorable avec une prosupination sans limitation. La flexion-extension est identique des deux côtés. Persistance d'une légère douleur à la palpation en regard du cubitus du tiers distal. Objectivement, il n'y a pas de limitation de la prosupination ni de la flexion-extension. - Un rapport du 14 octobre 2003 du Dr G._____, médecin assistant auprès du service de traumatologie du H._____, qui mentionne une épicondylite à droite après un status post fracture du tiers distal du cubitus. Il indique qu'à partir de juin 2003, le patient a commencé à sentir des douleurs au niveau du coude droit et de l'avant-bras distal droit, le contrôle radiologique du 14 juillet 2003 montrant une fracture consolidée au niveau du tiers distal du cubitus. Il ajoute que vu la persistance des douleurs au niveau de l'épicondyle latéral à droite, un Brace a été confectionné pour trois semaines à partir du 25 septembre 2003. - Un rapport du 23 mars 2004, du Dr G._____, qui signale que le patient a toujours des douleurs au niveau de l'épicondyle droit et des douleurs au niveau de l'articulation cubito-carpienne aussi à droite. La mobilité du coude et du poignet droits est complète. Les diagnostics retenus sont épicondylite droite et douleurs de l'articulation cubito-carpienne à droite suite à une fracture du cubitus distal. L'idée de traitement

proposée est de demander un consilium au Dr K. _____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive, chirurgie de la main, dite intervention étant susceptible de supprimer les épicondylalgies, à N. _____. Il évoque la persistance d'une épicondylite droite. - Un rapport d'expertise du 6 avril 2004 effectuée par le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui pose les diagnostics orthopédiques suivants : - Status 20 mois après fracture diaphysaire distale, fermée, du cubitus distal droit, traitée conservativement. - Status 12 ans après amputation traumatique P3 de l'auriculaire gauche. - Status 15 ans après deux interventions pour rupture LCA au genou droit. Il indique que le 13 août 2002, l'assuré a porté secours à une personne en danger (qui se faisait agresser par une tierce personne). Dans les suites de l'interpellation, il fut lui-même agressé. Un bâton a tapé son avant-bras droit, occasionnant une fracture du cubitus. Son agresseur a, par la suite, arraché partiellement son oreille droite. Il rappelle que l'épicondylalgie est une entité malade par excellence, rentrant dans le cadre d'une usure chronique voire dans celui de micro-traumatismes répétés, dans la vaste majorité des cas. Une origine traumatique est parfois reconnue, quasi systématiquement lors de chocs directs sur l'épicondyle ou lors de torsion violente du coude (l'exemple étant celui de la perceuse qui se bloque). Il ajoute que dans le cas présent, cette symptomatologie peut être majorée par une activité professionnelle ayant une certaine prédisposition à des pathologies épicondyliennes (ou épitrochléennes), sans que la relation causale (responsabilité de plus de 75%) soit encore clairement prouvée. En définitive, il estime que la responsabilité de l'événement du 13 août 2002, dans la symptomatologie épicondylienne actuelle alléguée par le patient, ne peut être retenue au-delà d'une période de 6-8 mois post-traumatique. En effet, il n'y a pas eu de traumatisme adéquat au niveau de l'épicondyle. La surcharge de mise en route supputée ne peut être justifiée ad aeternam, ce d'autant plus que la trophicité musculaire et la mobilité articulaire ont été récupérées. D'autre part, la fracture du cubitus n'a pas altéré l'architecture régionale de manière significative. Pour finir, l'abondance des signes de non organicité, ainsi que l'échec d'un traitement spécifique bien conduit, vient confirmer cette appréciation. En ce qui concerne les plaintes au niveau du cubitus distal, l'examen clinique est là aussi on ne peut plus rassurant. Radiologiquement, la fracture est consolidée, sans défaut d'axe ni cal hypertrophique significatif. Pour finir, l'abondance des signes de non organicité, présents également au niveau du poignet, laisse aussi songeur. Cette situation devrait clairement appeler les médecins en charge du cas, à la plus grande prudence quant à un éventuel traitement agressif ultérieur. Il conclut que sur la base des éléments précités, une incapacité de travail en relation avec l'événement du 13 août 2002 n'est pas justifiée au-delà de la période précitée (6-8 mois). Les séquelles objectives étant mineures, elles ne donnent pas droit à une indemnisation pour atteinte à l'intégrité. Une relation de causalité naturelle entre l'événement incriminé et la fracture du cubitus est certaine. Elle est probable en ce qui concerne un phénomène de surcharge du membre supérieur, rencontré à la mise en route après immobilisation plâtrée. Ce lien se rompt à l'échéance d'une période de 8 mois post-traumatiques. Compte tenu des éléments objectifs, le statu quo ante, découlant de la fracture du cubitus, a été atteint après une période approximative de 8 mois. Par décision du 14 mai 2004, W. _____ a informé l'assuré qu'elle prendrait le cas en charge jusque et y compris le 12 avril 2003. L'assuré s'est opposé à cette décision, en concluant que les troubles orthopédiques qu'il subit sont dus à l'accident du 13 août 2002, la caisse devant continuer à prendre le cas en charge. Figurent au dossier notamment les rapports médicaux suivants : - Un complément d'expertise du 26 mai 2004 du Dr D. _____, qui mentionne ce qui suit : " Il reste donc à déterminer la capacité de travail dans le cadre de l'activité

d'horticulteur, tenant compte du seul élément pathologique objectivé, c'est-à-dire l'épicondylalgie droite. Encore une fois, l'examen clinique du 6 avril 2004 a permis d'objectiver l'absence de signes d'épargne du membre supérieur droit, preuve que ce membre était normalement utilisé. La mobilité articulaire était conservée, il n'y avait pas de signes évoquant une épicondylite floride (hyperthermie, crépitements). Une influence du contexte de non organicité est donc probable. Mr C._____ travaille actuellement dans le cadre d'une entreprise familiale. Il a donc la possibilité de "distribuer" le travail, en fonction de la charge. Il peut également pratiquer une partie de la taille avec l'utilisation préférentielle de la main gauche. Ainsi, sur la base des constatations objectives, sa capacité de travail réelle, actuelle, ne devrait pas être inférieure à 75%. Une pleine capacité pourrait être mise en valeur, dans le courant de l'été, en fonction de l'évolution. La capacité de travail est entière dans une activité adaptée, qui épargne le membre supérieur droit de mouvements répétitifs (préhension, torsion, choc axial, etc). Port de charge de 10-15 kg avec le membre supérieur droit; 30kg en port bi-manuel. Conduite d'un véhicule semi-léger possible. Position debout/assise sans limite. " - Un certificat du 19 juillet 2004 adressé à W._____ par le Dr K._____ qui signale avoir pris connaissance avec intérêt du rapport d'expertise du Dr D._____. Il est clair selon lui qu'une problématique existe concernant la relation de causalité, en particulier entre l'épicondyle droit et l'accident dont a été victime l'assuré. Il lui semble que le meilleur moyen d'arriver à une solution est d'avoir un autre avis neutre dans le cadre d'une nouvelle expertise. - Un rapport d'expertise établi le 16 septembre 2004 par le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, à la demande de W._____, assurance-maladie. Il pose les diagnostics suivants : • Status après fracture diaphysaire distale fermée du cubitus droit survenue le 28 novembre 2002 et traitée conservativement. • Epicondylalgie droite d'origine probablement multi-factorielle. • Maladie de Dupuytren stade I du 4ème rayon de la main droite. • Syndrome débutant du tunnel carpien droit prouvé à l'ENMG. L'expert relève en particulier dans l'anamnèse ce qui suit : " Le 13.08.02, alors que Monsieur C._____ était en train de travailler dans un jardin, il a vu dans la rue une personne se faisant agresser. Cette dernière demandant de l'aide, il s'est rendu sur place pour séparer l'agresseur et l'agressé. Si dans un premier temps la situation a évolué favorablement, peu après l'agresseur lui a foncé dessus avec un bâton. Il a juste eu le temps de parer le coup avec son avant-bras droit avant de se retrouver par terre et de se faire mordre l'oreille droite avec arrachement de son extrémité. " Il indique en outre notamment ce qui suit : " Sur le plan orthopédique, il est clair que Monsieur C._____ a présenté une fracture diaphysaire distale du cubitus droit par choc direct le 13.08.02. Cette lésion a été traitée conservativement par plâtre sans nécessiter de réduction, avec une durée de contention tout à fait normale et une évolution du cal correcte dans le temps. En parallèle à ce problème est apparue une symptomatologie algique épicondylienne du coude droit et un problème de tunnel carpien frustré. Le premier problème est de savoir exactement à quel moment ont débuté les plaintes. D'après Monsieur C._____, ces douleurs seraient survenues quasiment immédiatement dans le plâtre et auraient obligé les médecins traumatologues à changer ce dernier après 5 jours, puis à faire une fenêtre dans cette région. Ces faits malheureusement ne peuvent pas être confirmés par le dossier médical du service de traumatologie, car jusqu'à maintenant ce dernier a été perdu et n'a pas pu être retrouvé. Cela entraîne que la première mention objectivable de douleurs du coude n'a été décrite que dans un rapport du 12.02.03 où on note l'apparition d'une épicondylite, mais seulement depuis le 28.11.02. Depuis lors, cette douleur a toujours été présente de manière plus ou moins importante jusqu'à maintenant. L'intensité des plaintes semble dépendre des travaux

lourds que le patient a effectué dans son activité professionnelle. Par périodes, les douleurs ont été moins marquées suite à une infiltration, mais sans disparaître complètement. En conséquence, il est médicalement prouvé que depuis le 28.11.03, il n'y a jamais eu d'espace libre sans douleur au niveau de ce coude. On ne peut donc pas évoquer l'apparition d'une pathologie secondaire manifestement concomitante de type épicondylite droite après un événement accidentel. Cela implique que l'événement du 13.08.02 et ses suites ont vraisemblablement déclenché cette symptomatologie épicondylienne. Devant cette situation, il faut définir si ce déclenchement a été fait de manière durable et déterminante, ou s'il s'agit de la révélation d'un problème qui serait de toute manière survenu. Le problème dans ce cas est que le patient a subi une fracture diaphysaire distale du cubitus droit. Il est vrai que cette dernière est survenue par choc direct et non dans le cadre d'une chute avec torsion, compression ou bras de levier. De plus, il ne faut pas oublier qu'après le choc, le patient a quand même été projeté à terre ." Après avoir cité la doctrine médicale, l'expert Z. _____ en conclut ce qui suit : " Au vu de ces travaux sur les fractures de l'avant-bras, on ne peut pas considérer que l'épicondylite est une complication classique survenant après de tels problèmes. Compte tenu de l'origine multifactorielle de l'épicondylite, on ne peut pas non plus affirmer que cette dernière est en relation de causalité naturelle probable à certaine avec une fracture de l'avant-bras. Dans le cas qui nous occupe, le patient étant horticulteur et âgé de 50 ans, il fait donc partie des professions à risque pour voir survenir une complication de type épicondylite même sans un événement accidentel. Cela entraîne que si l'événement a révélé cette pathologie, il ne l'a en aucun cas provoqué de manière probable ou certaine. Ceci implique donc que le fait qu'un statu quo ante ne soit pas survenu est à mettre sur le compte d'une pathologie pré-existante, même asymptomatique, d'épicondylite. Dans ce contexte, l'idée de définir un statu quo sine me paraît tout à fait approprié. Le moment de ce statu quo sine tel que décrit par le Dr D. _____ peut être acceptable. Ce dernier a estimé qu'une fois que la fracture était consolidée et que le patient avait été remis en activité professionnelle, sa musculature aurait dû se rééquilibrer. Si ceci n'est pas le cas, c'est parce que l'épicondylite est devenue prépondérante et dans ce cas ne dépend plus de l'accident. En conclusion, le statu quo défini par ce chirurgien orthopédiste, 6 à 8 mois après le début du traitement de la fracture du cubitus, est justifiable médicalement. " Par décision sur opposition du 4 octobre 2005, W. _____ a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 14 mai 2004. B. Le 5 janvier 2006, C. _____ recouru contre cette décision en concluant principalement, sous suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice dès le 1^{er} mars 2004 soit d'indemnités journalières pour incapacité de travail, soit d'une rente d'incapacité de travail à déterminer avec intérêts à 5% l'an sur les indemnités ou la rente échues, W. _____ étant en outre la débitrice et devant immédiat paiement d'un montant de 50 fr. à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} août 2003. A titre subsidiaire, il a conclu au renvoi de la cause à W. _____ pour nouvel examen au sens des considérants. Il a notamment produit un rapport du Pr B. _____ établi le 20 octobre 2005 qui mentionne ce qui suit : " J'ai reçu M. C. _____, [...] pour un entretien portant sur les séquelles de son accident du 13.8.2002 pour lequel il avait été soigné au H. _____ dans le Service d'ORL et dans le Service OTR et dont le dossier malheureusement a été perdu et jamais retrouvé (voir lettre de M. [...] du 19 février 2004). Compte tenu de la demande de M. C. _____, de la responsabilité du Service OTR et du litige qui oppose M. C. _____ à A. _____, il m'a paru légitime de répondre à la demande du patient. M. C. _____ a aujourd'hui 51 ans, il est horticulteur indépendant depuis le 1^{er} février 2003 et travaille à 50%. Il est aidé dans

son activité professionnelle uniquement par son épouse qui travaille à temps partiel dans l'entreprise. Il faut noter que le patient durant toute sa carrière professionnelle a exercé le métier d'horticulteur. Au moment de l'accident du 13 août 2002, il travaillait à 100% dans son métier pour la Fondation J. _____ à [...]. Il a été licencié avec indemnités de départ pour restructuration alors qu'il était en arrêt de travail pour son accident. Avant l'accident qui nous intéresse, M. C. _____ avait souffert à plusieurs reprises d'épisodes de calculs rénaux, de deux opérations du genou droit en 86 et 87 pour lésions ligamentaires traumatiques et 92 avait subi une amputation traumatique de la dernière phalange de l'auriculaire gauche qui avait demandé des soins assez longs. A part cela, il était en parfaite santé et en pleine possession de ses moyens physiques et n'avait notamment aucune plainte au niveau du membre supérieur droit (patient droitier). Le 13.08.2002, M. C. _____ est pris dans une bagarre comme l'atteste le rapport de police du 21 août 2003. Lors de cette bagarre alors qu'il se défendait, il a reçu un choc direct au tiers distal externe de l'avant-bras droit. A la suite de ce coup porté debout, il a été poussé par son agresseur au sol et donc tombé et la bagarre s'est poursuivie avec notamment une morsure ayant entraîné une amputation partielle du pavillon de l'oreille droite. Transporté en urgence au H. _____, il a été pris en charge conjointement par le Service d'ORL pour son oreille et par le Service OTR pour sa lésion de l'avant-bras droit. Au niveau du membre supérieur droit, le diagnostic de fracture fermée du tiers distal du cubitus droit a été posé et le patient a été traité conservativement, d'abord par un plâtre brachio-antébrachial puis par un plâtre de type Sarmiento de l'avant-bras et enfin une manchette, l'ensemble de l'immobilisation plâtrée ayant duré 9 semaines. Après 4 jours d'hospitalisation au H. _____, le traitement s'est poursuivi ambulatoirement, à la fois à la polyclinique d'ORL et à la polyclinique OTR. Dès la mise en place de plâtre brachio-antébrachial, M. C. _____ s'est plaint avec constance de douleurs du bord externe du coude droit. Ces douleurs d'abord attribuées à l'immobilisation plâtrée puis à une raideur post-immobilisation ont persisté malgré de nombreuses tentatives de traitement. Ces douleurs se sont poursuivies avec des périodes d'accalmie et d'exacerbation alors même que la fracture de l'avant-bras était consolidée et que le patient avait repris son travail à 50% le 26.8.2003. Pour finir devant la persistance de ses plaintes, M. C. _____ a été adressé au Dr K. _____ à N. _____ qui l'a pris en charge depuis le 20.4.2004. Dans son rapport du 10 mai 2004, le Dr K. _____ confirme que la fracture du cubitus est consolidée et que les douleurs résiduelles du coude sont à imputer à une épicondylite. Le Dr K. _____ suit actuellement toujours M. C. _____ (prochain rendez-vous le 27 octobre 2005) et a évoqué la possibilité, vu l'échec des traitements conservateurs instaurés jusqu'alors, d'une intervention chirurgicale. Le détail des prises en charge médicales est parfaitement expliqué dans le rapport d'expertise du Dr D. _____ datant du 6 avril 2004. Dans ce rapport cependant, le Dr D. _____ exclut formellement que l'origine de l'épicondylite séquellaire du coude droit soit la conséquence du traumatisme du 13.8.2002. A juste titre, il affirme que la lésion osseuse du cubitus est due à un choc direct mais oublie que durant la bagarre, le patient est tombé et que lors de cette chute, une torsion du bras ou un choc direct sur le coude ait été possible. Actuellement, M. C. _____ présente des douleurs spontanées de toute la région d'insertion des épicondyliens droits à la palpation et aux mouvements. Les douleurs sont exacerbées par la flexion maximale du coude qui est de 140° (contre 150° de l'autre côté) et à l'extension du coude qui a un déficit d'extension de 10° alors qu'il n'y en a pas de l'autre côté. Les mouvements en force en pronation et supination sont douloureux sans qu'il y ait de limitation de l'amplitude articulaire. Enfin, la mise sous tension des muscles

épicondyliens exacerbe les douleurs, Les douleurs constatées aujourd'hui sont atténuées par la prise régulière de 2 x 400 mg de Brufen par jour. Du point de vue clinique, le diagnostic d'épicondylite est confirmé. A l'écoute de cette histoire et en fonction des éléments en ma possession, étayé d'une part par l'anamnèse du patient et du rapport de police et vu que la symptomatologie actuelle séquellaire, au niveau du coude droit, est apparue précocement dans les premiers jours ayant suivi le traumatisme, je suis obligé de contredire le Dr D. _____ et d'affirmer que l'origine traumatique des lésions constatées aujourd'hui est très vraisemblable. Il n'y a aucun argument objectif permettant de suspecter que cette épicondylite préexistait à l'accident. Par ailleurs, la chronologie de la survenue de cette épicondylite, peu de temps après l'accident, corrobore que cette lésion est en rapport direct avec cet accident et n'est pas une pathologie concomitante fortuite. " Le 28 février 2006, W. _____ a conclu au rejet du recours. Les parties ont maintenu leurs conclusions au cours du second échange d'écritures. C. Le dossier AI (assurance-invalidité) a été produit. Il contient notamment les pièces suivantes : - Un rapport établi le 21 septembre 2006 par le Dr K. _____ qui diagnostique: • Epicondylite droite existant depuis 2002. • Status après fracture du tiers distal du cubitus droit le 13 août 2002. • Status après plaie de l'oreille droite, août 2002. Il indique ce qui suit : " Actuellement, la symptomatologie douloureuse au niveau du coude droit n'a absolument pas évolué, le patient a bénéficié de plusieurs infiltrations qui ont été plus ou moins efficaces de façon temporaire. Il est également suivi par son médecin traitant le Dr J. X. _____ – [...]. Concernant la problématique du coude droit, j'ai longuement expliqué à Monsieur C. _____, que tant que le conflit asséurologique sur l'origine de cette épicondylite n'est pas réglé, je ne pense pas qu'il soit judicieux de procéder à une intervention chirurgicale à ce niveau. Il est bien connu que les épicondylites post-traumatiques n'évoluent pas de façon favorable après une intervention surtout dans un contexte pareil. Par contre, il existe sans aucun doute des signes d'épicondylite qui au vu de la durée du traitement nécessiteraient une intervention chirurgicale. Le jour où le conflit asséurologique sera réglé et pour autant que la symptomatologie douloureuse soit toujours présente, il vaudra alors la peine de réévaluer l'indication chirurgicale. Dans l'intervalle, je propose de poursuivre le traitement conservateur (anti-inflammatoires per os et physiothérapie). Je ne peux que confirmer l'incapacité de travail fixée par le médecin traitant, le Dr X. _____ à 50%. " - Un rapport d'examen établi le 10 juillet 2007 par la Dresse I. _____ du Service régional de l'AI (ci-après : le SMR) qui pose les diagnostics : - avec répercussion sur la capacité de travail • épicondylalgies chroniques post-traumatiques droites (M77.1) • périarthrite scapulo-humérale droite dans le cadre d'un probable SLAP sur ancienne lésion du bourrelet glénoïdien (M75.0) - sans répercussion sur la capacité de travail • status post fracture du cubitus droit en 2002 • status post amputation partielle du pavillon de l'oreille droite en 2002 avec diverses interventions de reconstruction consécutives • status post opération d'une lésion ligamentaire du genou droit en 1986 et 1987 • status post amputation de la phalange distale de l'auriculaire gauche en 1992 • status post fracture du pouce gauche • excès pondéral (BMI 29) • coliques néphrétiques à répétition • amygdalectomie en 1979 et appendicectomie en 1985 • status post excision d'un lipome à l'épaule gauche en 1998 Elle mentionne en outre notamment ce qui suit : " En résumé, cet assuré présente des douleurs de l'épaule droite et une épicondylite chronique droite suite à une agression dont il a été victime le 13.08.2002. Si les lésions au niveau de l'oreille et du bras droit sont guéries, l'épicondylite probablement post-traumatique et des douleurs à l'épaule droite sont rebelles à tout traitement conservateur. Il faut noter dans ce contexte qu'il y a encore un litige

asséculoologique quant à l'origine de ces douleurs, les différentes expertises sont contradictoires. Indépendamment de l'étiologie, on doit prendre en compte un certain handicap en tant qu'horticulteur, notamment pour tout travail répétitif prolongé (tailler une haie, travailler avec la scie), que le médecin traitant chiffre actuellement à 50%. Les possibilités thérapeutiques ne sont cependant pas épuisées et une intervention chirurgicale déjà proposée est susceptible d'améliorer la situation. Le Dr K. _____ note dans ce contexte : "concernant la problématique du coude droit, j'ai longuement expliqué à M. C. _____ que tant que le conflit asséculoologique sur l'origine de cette épicondylite n'est pas réglé, je ne pense pas qu'il soit judicieux de procéder à une intervention chirurgicale à ce niveau, Il est bien connu que les épicondylites post-traumatiques n'évoluent pas de façon favorable, surtout après une intervention dans un pareil contexte» (rapport du 21.09.2006). Effectivement, l'assuré en veut à ses assurances qui ne lui ont rien payé, et on ressent une tension intérieure, voire une agressivité, lorsqu'on aborde le sujet du litige asséculoologique. En attendant que la situation soit éclaircie et l'opération effectuée, il faut accepter une incapacité de travail de 50% comme horticulteur (ou la préciser par une enquête). Si l'on fait abstraction de l'âge de l'assuré, et du fait qu'il est horticulteur indépendant, il n'y a aucun élément médical qui l'empêcherait de reprendre une activité à temps complet dans une activité adaptée. L'assuré a d'ailleurs déjà essayé de se trouver un travail comme chauffeur-livreur, mais selon ses dires, il n'en a pas obtenu parce qu'il est "à l'assurance". "

D. En cours de procédure, une expertise a été confiée au Dr R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui, dans son rapport du 9 avril 2007, diagnostique ce qui suit : • Status quatre ans post fracture transverse du cubitus droit consolidée après traitement conservateur en bonne position. • Epicondylalgies droites séquellaires. Dans une moindre mesure douleurs intermittentes séquellaires sur la cubito-carpienne droite et l'épaule droite. • Status après lésion du pavillon de l'oreille droite (ne faisant pas l'objet de cette expertise). Il pose en outre les diagnostics annexes suivants : • Status après traitement chirurgical itératif d'une déchirure ligamentaire du genou droit. • Status après amputation traumatique d'un doigt de la main gauche (auriculaire). L'expert indique notamment ce qui suit : " L'élément limitant de la capacité de travail est à mettre sur le compte des épicondylalgies chroniques. Les observations répétitives de plusieurs médecins, y compris les Drs D. _____ et Z. _____, auteurs de précédentes expertises, concordent sur la localisation de ces algies (précisément sur l'épicondyle droit). Le diagnostic d'épicondylite a été chaque fois mentionné par ces divers spécialistes. Ces 2 experts nient une étiologie traumatique à ces épicondylites, retenant exclusivement un traumatisme par choc direct sur le cubitus (impact de la latte en bois). Il nous paraît utile à ce stade de faire les commentaires suivants : l'épicondylite est un tableau clinique caractérisé par des douleurs très précisément localisées sur l'épicondyle qui classiquement s'accroissent lors de la mise en contraction des muscles extensor carpi radialis brevis et extensor communis. Le tableau peut être aigu, subaigu ou chronique. L'épicondylite n'est pas une inflammation au sens strict, bien que son nom le fasse supposer; mais un processus de type angiofibromatose au site d'insertion de ces 2 muscles. Comme mentionné par les experts (Dr D. _____ et Dr Z. _____), il s'agit souvent d'une lésion de surcharge que nous pouvons classer dans des dégénérescences tissulaires au sens large. Une étiologie traumatique peut quand même être considérée lorsqu'il y a eu un impact violent directement sur l'épicondyle. Dans ce cas, il faut que la douleur soit présente dès le traumatisme et il faut qu'il soit quand même d'une certaine ampleur, par exemple au point de générer un hématome local ou au moins une zone de contusion cutanée. On admet que ce type de traumatisme est également en mesure de

généraliser des modifications tissulaires sur l'épicondyle et sur les attaches musculaires de type angiofibromatose. Ces angiofibromatoses ne sont pas démontrables par les examens actuellement à disposition. Il s'agit de constatations peropératoires et d'examens histologiques sur des spécimens prélevés lors d'opération. A la question de savoir si le traumatisme subi par Mr C._____ a pu occasionner une épicondylite post-traumatique, la réponse est oui du fait qu'il a pu, lors de la chute heurter le sol avec la face externe de son coude. Le degré de vraisemblance est dans ce cas très difficile à qualifier, pour les raisons suivantes: a) le dossier hospitalier et notamment la feuille protocolant l'examen dans les services des urgences a été perdu par le H._____ (en tout cas jusqu'à ce jour) b) même si ce dossier était à disposition, dans le cadre de blessures multiples (fracture du cubitus notamment), la description initiale se focalise sur la lésion la plus évidente et certaines lésions annexes sont considérées comme de simples contusions et pas toujours nommément listées c) ce patient a d'emblée aux urgences été plâtré en incluant le coude. Sous plâtre, des examens répétitifs de l'épicondyle n'ont bien sûr pas été faits. Il semble quand même, selon le patient, que quelques jours après la fracture, le plâtre a dû être changé en raison de violentes douleurs du coude droit (malheureusement pas de dossier médical protocolant ce changement à disposition). Plaidant pour une étiologie post-traumatique à cette épicondylite, on peut retenir les éléments suivants : a) aucun élément permettant d'invoquer un état pathologique préexistant. L'opinion des Drs D._____ et Z._____ estimant que même sans le traumatisme invoqué, l'épicondylite serait survenue ne repose sur aucun argument décisif. b) chute lors de la bagarre avec possibilité d'un choc direct sur le coude droit. c) dès l'ablation du plâtre les rapports LAA mentionnent une douleur sur la face externe du coude avec mention d'épicondylite (28 11 02 date d'observation, mentionnée par le Dr F._____ dans un rapport détaillé daté du 12 2 03 et adressé à A._____ ; par la suite multiples évocations d'une épicondylite droite dans les documents; investigations détaillées; traitements conservateurs prolongés et bien conduits, y compris, injection de stéroïdes. Ces injections entraînaient l'indolence pendant environ 4 semaines.) Tenant compte de ces divers éléments nous pouvons retenir que les épicondylalgies droites chroniques sont dues de manière vraisemblable au traumatisme, objet de l'expertise. " S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, l'expert indique qu'en tant qu'horticulteur indépendant, les douleurs résiduelles ne constituent pas une impossibilité d'exercer sa profession; par contre, elles peuvent diminuer sa faculté de faire des travaux répétitifs prolongés (par exemple travail au sécateur, à la scie etc.). S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, l'expert considère que l'atteinte est actuellement modérée et que les possibilités de traitement n'ont pas été épuisées. A son avis il faudrait attendre que les possibilités thérapeutiques aient été épuisées, l'assuré étant d'accord de se soumettre à une intervention chirurgicale proposée par le Dr K._____. Cette intervention est susceptible de supprimer les épicondylalgies. L'atteinte du poignet et de l'épaule ne constituent pas d'atteinte significative à l'intégrité. Les parties se sont déterminées sur cette expertise. a produit un document établi par le Dr Z._____ intitulé « Remarques sur expertise judiciaire » où ce praticien écrit ce qui suit : " Page 6 : DD : le diagnostic est un symptôme et n'y a pas de preuve de lésion objectivable qu'on puisse rattacher à un accident => épicondylalgies ou algies => égal douleur de l'épicondyle Page 7: ni l'un ni l'autre de ces examens n'ont pu mettre en évidence de lésion séquellaire au traumatisme subi => pas de preuves objectives confirmées par le Dr R._____. => sa seule argumentation est l'absence soi-disant de douleur avant l'événement Page 7-8: le Dr R._____ admet que l'épicondylite peut-être traumatique mais sur choc direct violent avec hématome. Or il précise dans ce cas que le

patient a pu chuter et en conséquence que la vraisemblance dans ce cas est très difficile à qualifier. Page 8: si aucun élément permet d'évoquer un état pathologique préexistant, aucun élément non plus ne peut exclure une pathologie concomitante. Page 8: l'affirmation que la douleur du coude a toujours été présente est une affirmation du patient mais les pièces médicales n'en font état qu'à partir du 28.11.02 et dans un rapport venu beaucoup plus tardivement (12.02.03). Page 8: la conclusion donnant la causalité est en conséquence surprenante au vu des considérations décrites auparavant qui semblaient prouver qu'il était difficile de démontrer une relation de causalité. Page 9: d'ailleurs il est écrit qu'une coïncidence ne peut pas être formellement exclue. En conclusion, si le Dr R. _____ reconnaît l'épicondylite comme étant en relation de causalité naturelle vraisemblable son seul argument est l'absence de douleur avant l'accident puisque tout le reste il le discute et ne l'exclut pas. " Dans son complément d'expertise du 1^{er} mars 2009, l'expert indique ce qui suit : " L'épicondylite est effectivement un diagnostic clinique sans substrat anatomique objectivable en l'absence d'exploration chirurgicale. A ce jour il n'existe pas d'examen paraclinique permettant formellement d'établir ce diagnostic. Il n'est donc pas étonnant qu'il n'y ait pas de preuve lésionnelle. Ce diagnostic affirmé par plusieurs intervenants médicaux dans ce dossier n'est pas en lui-même mis en doute par le Dr Z. _____ mais il nie une étiologie traumatique dans ce cas. Une coïncidence, c'est à dire l'apparition d'une épicondylite droite apparue en même temps ou peu après le traumatisme ne peut effectivement pas être formellement exclue comme je l'ai mentionné mais il y a plus d'arguments pour une étiologie traumatique (traumatisme adéquat : bagarre violente avec chute dans laquelle le coude droit a heurté le sol. Apparition de la douleur probablement de façon contemporaine à l'accident bien que en raison de la perte des documents hospitaliers les descriptions ne sont faites que plusieurs semaines après l'accident dans les rapports existants dans le dossier transmis). L'apparition d'une épicondylite non traumatique alors que le coude droit du patient était immobilisé dans un plâtre serait étonnante. L'immobilisation du coude étant plutôt considéré comme un traitement en tout cas dans le stade initial de la douleur. Je maintiens en conséquence un lien de causalité de vraisemblable mais ce lien de causalité n'est bien entendu pas certain car une coïncidence ne peut être exclue. Il y a toutefois plus d'arguments dans ce cas pour une étiologie traumatique que non traumatique. [...] Par contre, dans une activité d'horticulteur "droitier" comme l'est Mr C. _____, on peut admettre que ces troubles entraînent une réduction partielle de la capacité de travail pouvant aller jusqu'à 50% suivant les travaux devant être effectués (ce métier exigeant des efforts de préhension avec la main et le poignet D lors de l'utilisation du sécateur ou autres outils de ce genre). 2. Au cas où ces troubles engendrent une incapacité de travail totale ou partielle dans la profession actuelle du recourant, quelles sont les activités professionnelles adaptées qu'il pourrait exercer (les décrire), à quel taux en pour cent, depuis quand et pour quels motifs? Les activités lui permettant d'avoir une capacité de travail complète sont toutes les activités légères n'entraînant pas de mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit ni travaux de force avec la main droite ou le poignet droit. Par exemple gardiennage de propriété, chauffeur de véhicule léger, travaux dans la vente de produits horticoles ou tout métier de type intellectuel. Celle pleine capacité de travail théorique aurait pu intervenir dès février 2003. 3. Quelle sera la capacité de travail du recourant à la suite de l'intervention chirurgicale proposée par le Dr K. _____ dans son activité actuelle ou dans une activité adaptée ? L'intervention chirurgicale proposée par le Dr K. _____ a environ 50 à 75% de probabilité de supprimer la douleur chronique du coude droit. Si le patient se trouve dans le cas de figure où

l'opération supprime la douleur, on peut envisager qu'il ait une capacité de travail de nouveau complète dans son métier d'horticulteur. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail continuerait d'être complète en cas d'opération quel qu'en soit le résultat car même en cas d'échec chirurgical, les douleurs ne sont pas aggravées (exception faite de complication grave, tout à fait exceptionnelle dans ce type de chirurgie). " Les parties se sont déterminées sur ce rapport et ont maintenu leurs conclusions. W. _____ a en outre produit une note du Dr Z. _____, datée du 23 mars 2009, dans laquelle celui-ci écrit notamment que l'immobilisation du coude ne conduit pas à une amélioration déterminante en cas d'épicondylites non traumatiques et que, dans ce cas de figure, bien souvent l'état de santé des patients se re-péjore lorsque le plâtre est enlevé, comme cela a été le cas de l'assuré et qu'en revanche, en cas d'épicondylite traumatique, la mise en place d'un plâtre aurait été l'un des traitements les plus favorables. Le Dr Z. _____ retient dès lors que si l'état de l'assuré n'a pas été amélioré avec le port du plâtre, voire s'est péjoré par la suite, c'est plutôt un signe d'épicondylite non traumatique, contrairement à l'opinion émise par le Dr R. _____ . » La Cour a notamment considéré que le rapport d'expertise du Dr R. _____, avait valeur probante pour les motifs suivants : « 5. [...] Dans l'anamnèse du rapport d'expertise du Dr D. _____, il n'est pas fait mention d'une chute du recourant. L'anamnèse du rapport d'expertise du Dr Z. _____ mentionne uniquement qu'il s'est retrouvé par terre. Les circonstances précises de l'accident ne sont donc pas décrites par ces deux praticiens. Ceux-ci n'ont en outre pas eu connaissance du rapport du Pr B. _____, établi postérieurement à leurs expertises. Au contraire, les circonstances de l'accident sont décrites très précisément dans l'expertise du Dr R. _____ qui s'est fondé sur le rapport de police et le procès-verbal d'audition du recourant dans le cadre de la procédure pénale. Le Dr R. _____ a eu connaissance de l'ensemble du dossier y compris du rapport détaillé du Pr B. _____ lequel affirme qu'en fonction des éléments en sa possession, étayé par l'anamnèse du patient et le rapport de police, et vu que la symptomatologie actuelle séquellaire, au niveau du coude droit, est apparue précocement dans les premiers jours ayant suivi le traumatisme, que l'origine traumatique des lésions constatées aujourd'hui est très vraisemblable. Il relève en outre qu'il n'y a aucun argument objectif permettant de suspecter que cette épicondylite préexistait à l'accident et que la chronologie de la survenue de cette épicondylite, peu de temps après l'accident, corrobore que cette lésion est en rapport direct avec cet accident et n'est pas une pathologie concomitante fortuite. L'expert R. _____ retient aussi que les épicondylalgies droites chroniques sont dues de manière vraisemblable au traumatisme, objet de l'expertise. Il relève qu'aucun élément ne permet d'invoquer un état pathologique préexistant, que la chute lors de la bagarre a pu entraîner un choc direct sur le coude droit et que dès l'ablation du plâtre, le recourant a fait état d'une douleur sur la face externe du coude avec mention d'épicondylite dans les rapports médicaux. L'expert admet certes que l'apparition d'une épicondylite droite en même temps ou peu après le traumatisme ne peut effectivement pas être formellement exclue mais relève qu'il y a plus d'arguments pour une étiologie traumatique (traumatisme adéquat, bagarre violente avec chute dans laquelle le coude droit a heurté le sol, apparition de la douleur probablement de façon contemporaine à l'accident bien que, en raison de la perte des documents hospitaliers, les descriptions ne sont faites que plusieurs semaines après l'accident dans les rapports existants dans le dossier transmis). Il ajoute que l'apparition d'une épicondylite non traumatique alors que le coude droit du patient était immobilisé dans un plâtre serait étonnante, l'immobilisation du coude étant plutôt considérée comme un traitement en tout cas dans le stade initial de la douleur. Il conclut qu'il y a plus d'arguments

dans ce cas pour une étiologie traumatique que non traumatique. Cet avis est d'ailleurs partagé par d'autres spécialistes qui ont examiné le recourant à savoir la Dresse I. _____ du SMU et le Dr K. _____. En conclusion, le rapport d'expertise du Dr R. _____ comporte une anamnèse, fait état des plaintes du recourant, repose sur une étude complète du dossier. Ses conclusions sont claires, motivées et convaincantes. Les avis des Drs D. _____ et Z. _____ ne les mettent pas en doute pour les motifs évoqués précédemment. L'expertise a ainsi valeur probante. » Elle a en conséquence admis un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'épicondylite, non seulement pendant une période de six à huit mois mais par la suite également. B. En réponse à une lettre du 2 mars 2010 d'W. _____, l'assuré a notamment répondu, le 16 mars 2010, qu'une opération n'était pas envisageable. Interpellé, le Dr X. _____, médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué une épicondylite droite post traumatique. Il a indiqué que le traitement consistait en des AINS per os et localement, le traitement envisagé étant une infiltration si nécessaire (cf. rapport médical du 19 octobre 2010). W. _____ a mandaté, en juillet 2010, un expert, le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a établi son rapport le 15 octobre 2010. Il en a résulté notamment ce qui suit : « Anamnèse personnelle (selon les dires de l'assuré) Maladies d'enfance habituelles. APP dans sa jeunesse. Sceptoplastie. Cure de lipome à l'épaule gauche. OP entorse du genou gauche en 1986 opéré à deux reprises par le Dr. Q. _____ suite à un accident de travail pris en charge par la Suva. Antécédents de polyarthrite rhumatoïde traitée par le Dr. V. _____, diagnostic basé sur des polyarthralgies sur des pieds, puis aux doigts, avec vitesse de sédimentation augmentée. Traitement par cortisone et Sels d'or. Arrêt de travail durant près d'une année à 100% en 1979, puis à 50% en 1980. Disparition de la symptomatologie en 1981, avec disparition complète des douleurs. Appréciation du cas et diagnostics [...] Actuellement l'assuré présente les symptômes clairs d'une épicondylite, modérée, pas toujours symptomatique, uniquement présente lors des travaux répétitifs et jamais le week end. Je suis surpris de voir qu'il présente une excellente tonicité et trophicité de son membre supérieur droit, particulièrement au niveau de l'avant-bras et des épicondyliens, puisque malgré des plaintes qui datent de plus de huit ans, il n'a aucune amyotrophie de non utilisation de son avant-bras droit. Sur le plan thérapeutique, on peut se poser la question d'une intervention chirurgicale. Compte tenu de la longueur des plaintes, du contexte assécurologique, en particulier du très mauvais résultat sur les «épicondyles post-traumatiques», du risque non négligeable d'aggravation, je pense qu'il n'y a aucune indication chirurgicale chez cet assuré. Je rappellerai l'avis récent de la Doctoresse S. _____ que j'avais mandaté dans le cadre d'une expertise pour une épicondylite post-traumatique. Je rappellerai également l'avis de la monographie de la SUVA, en prenant en particulier une étude exhaustive au microscope électronique, parlant pour le côté dégénératif de l'insertion des épicondyliens. Chez Monsieur C. _____, j'ai peur que les revendications pécuniaires prennent le pas, celui-ci m'ayant clairement déclaré qu'il refusait de se faire opérer si le cas n'était pas pris en charge par l'assureur accident. Je pense qu'actuellement la chronification du syndrome douloureux avec sa problématique dans ce contexte de responsabilité civile puisque le cas a été déclaré dans le cadre d'une rixe, prend largement le pas sur la réalité orthopédique. Pour toutes ces raisons je pense qu'une indication à une intervention chirurgicale est contre-indiquée. Sur le plan de l'AIC, il a été constaté objectivement à huit ans de l'événement une mobilité pratiquement complète du coude droit, une absence de lésions radiologiques à part quelques calcifications liées probablement aux infiltrations cortisoniques, une absence d'amyotrophie, l'ensemble relevant d'une AIC nulle selon la

LAA. Sur le plan professionnel, on doit reconnaître que dans les mouvements répétitifs, tels que utilisation de la cisaille manuelle, travaux de motoculteur qui entraînent des vibrations, ou taille de certains arbres, on peut reconnaître une baisse de rendement de l'ordre de 30% à 50% selon le type d'activité. Dans les autres activités sa capacité de travail est totale.

Réponses aux questions [...] Question 4 : Diagnostic exact? - Fracture du cubitus distal droit actuellement guérie. - Epicondylite droite, maladie dégénérative. - Plastie de reconstruction de l'oreille droite après morsure. - Gonarthrose droite débutante après entorse grave et chirurgie itérative du genou droit (cas pris en charge par la SUVA).

Question 5 : L'intervention citée par différents experts par le passé (cure chirurgicale d'épicondylite) pourrait-elle apporter une amélioration de l'état de santé de l'assuré = Si oui, quelles sont les améliorations attendues par ladite intervention: Question 5.1. : Sur la symptomatologie? Non compte tenu des mauvais pronostics dans l'évolution des épicondylites diagnostiquées comme post-traumatique, c'est-à-dire évoluant toujours dans un contexte litigieux asséculo-logiques et plus particulièrement en responsabilité civile ou très souvent le côté pécuniaire prend le pas sur les données médicales. Cf. Appréciation du cas. Question 5.2. : Sur la capacité de travail de l'assuré en tant qu'horticulteur? C.f.

réponse à la question 5.1. Sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée (veuillez préciser les activités)? Question 6 : Quel pourcentage de chance de réussite pour ce genre d'intervention? Mauvais, c.f. appréciation du cas. Question 7 : Peut-on raisonnablement exigé de cet assuré qu'il subisse cette intervention? N'a pas de sens compte tenu des réponses aux questions 5 et 6. Question 8 : L'état de santé est-il actuellement stabilisé ? Existe-t-il un traitement médical susceptible d'améliorer sensiblement l'état de santé de l'assuré, autre que la cure chirurgicale d'épicondylite? Lequel? Un traitement médical en vue de préserver la capacité de travail actuelle ou afin d'empêcher que l'état de santé ne subisse une détérioration notable est-il nécessaire? Si oui, lequel? Le cas est stabilisé, mais nécessite occasionnellement des antidouleurs et/ou anti-inflammatoires à la demande. Question 9: Selon art. 21 de la LAA, dans le cas ou une rente est fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais sont accordées à son bénéficiaire dans les cas suivants : a) lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle; b) lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci ; c) lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain ; d) lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration. Sur cette base, et pour autant qu'il existe un droit à une rente LAA, de quel genre de traitement, resp. de frais devons-nous tenir compte après la fixation de la rente? Il nécessite occasionnellement des anti-inflammatoires à la demande, voire très occasionnellement une infiltration cortisonique locale. L'AIC est nulle.

» C. Par acte du 21 décembre 2010, W. _____ a demandé la révision de l'arrêt du 14 décembre 2009. Elle a conclu préalablement à l'octroi de l'effet suspensif à la demande puis à son admission au fond, la décision rendue par elle le 4 octobre 2005 étant ainsi confirmée. Par ordonnance du 4 mars 2011 (cause n°AA 112/10), la requête d'effet suspensif a été rejetée. Le 18 mars 2011, la demanderesse a produit trois pièces (A, B et C). Il en résulte que le défendeur a été employé en qualité d'horticulteur de janvier 1979 à novembre 1994 à la Commune de [...] puis de janvier 1995 à décembre 2002 à la Fondation J. _____ (pièce A). Selon une communication de A. _____ du 19 août 1996 (pièce B), le défendeur a été accepté médicalement et au bénéfice d'une couverture provisoire jusqu'à

l'acceptation définitive. Il résulte de la pièce C que l'assuré a annoncé un dommage à savoir une piqûre le 21 septembre 2006. Le 14 juillet 2011, la demanderesse a produit un questionnaire d'admission à l'assurance- maladie collective de la Fondation J. _____ signé par le défendeur le 5 juillet 1996. A la question « êtes-vous en bonne santé, valide et capable de travailler à 100 % ? », il a répondu oui. A la question « êtes-vous atteint d'infirmité physique ou mentale? », il a répondu non. Il a également répondu par la négative à la question de savoir s'il avait été soigné dans un hôpital une clinique ou un sanatorium. Il a déclaré en outre avoir vu un médecin pour un contrôle en 1994. Le dossier d'W. _____ assurance-maladie a été produit. Par réponse du 17 août 2011, C. _____ a conclu avec dépens au rejet de la demande. Il a produit un lot de pièces dont une attestation du président de l'association cantonale vaudoise de lutte suisse qui atteste que le défendeur a fait de la lutte suisse de 1972 à 1986 ayant participé à divers championnats et fêtes alpestres, cantonales et romandes où il a obtenu de bons résultats. Il a également été sélectionné pour les fêtes fédérales de 1977, 1980, 1983 et 1986. Cette année-là, il a dû arrêter ce sport suite à un accident au genou. Les autres pièces produites sont en majeure partie des extraits du journal Eidgenössische Schwinger-, Hornusser-und Jodlerzeitung en 1980, 1984, 1985 et 1986. Le 22 octobre 2012, le Dr Z. _____ a répondu à un questionnaire de la demanderesse. Il résulte de ses réponses notamment que le fait que le défendeur ait dit avoir subi une opération des amygdales avec transfusion de sang ne lui semble pas vraiment pertinent, un problème de transfusion sanguine faisant un choc allergique. Il n'y a pas de contradiction entre un traitement aux sels d'or et une cure. Il précise qu'en général on commence par la cortisone qui est un peu moins agressif comme traitement. La durée d'un incapacité de travail due à une polyarthrite rhumatoïde dépend du type de travail et de l'importance de la polyarthrite. En conséquence, elle peut être très variable. La polyarthrite est une maladie qui peut évoluer par poussées et dont l'atteinte clinique est très variable. Un questionnaire a été soumis à l'expert R. _____ qui s'est déterminé comme il suit en date du 20 août 2013 : « Question du Tribunal : - Un antécédent de polyarthrite rhumatoïde traitée en 1979 et en 1980 a-t-il une incidence sur les épicondylalgies dont est atteint le recourant? Lors de l'expertise que j'ai effectuée en 2007, il ne m'a pas mentionné de maladie de type polyarthrite rhumatoïde. Il peut arriver que des épisodes de polyarthrite rhumatoïde ou assimilés puissent durer quelques semaines ou quelques mois et disparaître totalement sous traitement ou parfois même sans traitement. De nouvelles récurrences sont possibles dans le futur, malgré des périodes où la maladie est muette. Toutefois, que ce soit lors de l'anamnèse, de mon examen clinique ou de l'examen des documents radiologiques, je n'ai à aucun moment retrouvé des éléments permettant de penser que des épisodes de type polyarthrite rhumatoïde seraient de nouveau actifs. Cela permet de penser que les douleurs au niveau de l'épicondyle Droit, comme décrites dans l'expertise, ne sont pas une conséquence lointaine de ces épisodes de polyarthrite rhumatoïde ou assimilés survenus en 1979 et 1980. Questions du recourant : - Quelle est la définition exacte de la polyarthrite rhumatoïde? Il s'agit d'une affection dont nous pensons à l'heure actuelle qu'elle est de nature auto-immune et qui se caractérise par des états inflammatoires au niveau des articulations principalement. D'autres tissus peuvent être touchés dans les formes évoluées. - Quelle est son origine ? En particulier, est-il exact qu'elle peut avoir une origine génétique, une origine virale et par conséquent être déclenchée par les suites d'une opération chirurgicale, et en particulier, par une transfusion de sang? A l'heure actuelle, nous ne connaissons pas avec certitude l'origine de la polyarthrite rhumatoïde qui, par ailleurs, est subdivisée en plusieurs entités. Nous penchons pour une origine auto-immune,

mais nous ne connaissons pas la cause de ce dérèglement du système immunitaire. Une légère influence génétique est possible. Une origine virale peut être incriminée ou en tout cas il y a des atteintes inflammatoires polyarticulaires dont une affection virale peut être à la base. Une intervention chirurgicale ou une transfusion sanguine, en principe, ne sont pas incriminées dans l'origine d'une polyarthrite rhumatoïde. - Le recourant a subi une quinzaine de jours avant l'opération des symptômes une opération des amygdales et subi une transfusion de sang. Après cela, des analyses sanguines ont laissé apparaître une vitesse de sédimentation trop élevée. Un lien peut-il être établi entre l'opération et la transfusion de sang et l'apparition des symptômes? Il n'est guère possible de répondre de façon précise à cette question. Une vitesse de sédimentation peut effectivement être élevée après une intervention sur les amygdales. Une transfusion sanguine, sauf complication, ne peut entraîner à distance une vitesse de sédimentation élevée. - Le recourant a, dans un premier temps, subi un traitement aux sels d'or. Ce traitement n'a pas été complètement satisfaisant. Il a ensuite bénéficié d'une cure thermique à [...]. Plus aucun symptôme ne s'est manifesté après cette cure. La disparition complète des symptômes permettrait d'exclure une origine génétique de la polyarthrite rhumatoïde? De toute façon, il n'y a pas une origine génétique clairement établie à la base de la polyarthrite rhumatoïde. Seules certaines familles sont un peu plus touchées que d'autres par cette maladie. - La disparition complète des symptômes après une simple cure thermique permet-elle également d'exclure une origine génétique de l'affection et de considérer qu'il s'agissait d'une crise bénigne appelée à se calmer sans laisser de séquelles? Des inflammations polyarticulaires peuvent parfois avoir des évolutions spontanément bénignes avec disparition complète des symptômes. Il est rétrospectivement extrêmement difficile de se prononcer. Nous n'avons en effet pas de document à disposition de l'époque permettant peut-être de mieux cataloguer ces douleurs ou ces inflammations polyarticulaires. - Le recourant a subi, en tout et pour tout, un arrêt de travail d'un mois en 1979 en raison de ces symptômes. S'il avait véritablement été atteint de polyarthrite rhumatoïde d'origine génétique les symptômes auraient-ils pu disparaître aussi rapidement et de manière définitive? Comme déjà mentionné, le décours peut être extrêmement variable et une disparition relativement rapide est possible. - Selon le médecin qui l'a soigné, soit le Dr V. _____, si la polyarthrite rhumatoïde s'était véritablement installée, le recourant n'aurait pu en guérir et voir les symptômes disparaître. Aux dires de ce praticien, la guérison démontrait que l'apparition de la crise et des symptômes était liée à la transfusion subie lors de l'opération des amygdales ? Partagez-vous cette analyse? Faute de document précis, il est bien difficile de se prononcer. Nous n'avons en tout cas pas d'argument permettant d'attribuer l'apparition de cette affection de type polyarthrite à une transfusion sanguine. - Le recourant a pratiqué la lutte suisse à haut niveau entre 1967 et 1986 puis il a été entraîneur jusqu'en 2001. Aurait-il pu pratiquer ce sport s'il avait souffert d'épicondylite et de polyarthrite rhumatoïde? S'il avait souffert d'une polyarthrite rhumatoïde active, il aurait été difficile de concevoir du sport tel que la lutte à un haut niveau. L'épicondylite en elle-même n'aurait pas rendu impossible la pratique de la lutte. - Plus de trente ans sépare la crise de polyarthrite rhumatoïde dont a souffert le recourant et l'apparition de l'épicondylite. Un lien entre ces deux affections peut-il sérieusement être envisagé? Non, nous n'avons aucun argument pour penser que l'épicondylite décrite dans leur expertise puisse avoir un lien avec une affection de type polyarthrite survenue de nombreuses années auparavant. - La crise de polyarthrite rhumatoïde a été très brève. Un seul mois d'arrêt de travail a été nécessaire pour la complète disparition des symptômes. Par la suite, le recourant n'a plus jamais eu à souffrir de douleurs liées à cette affection. Il a pu

pratiquer son métier et un sport relativement violent à haut niveau. Peut-on dès lors considérer comme logique et plausible que cet épisode bref et ponctuel ne soit pas resté en mémoire du recourant? Il peut arriver que des affections anciennes, ayant temporairement nécessité des traitements, mais dont les symptômes ont ensuite totalement disparu, ne laissent pas un souvenir indélébile dans la mémoire des gens. En tout cas, on peut admettre comme plausible que l'affection décrite sommairement dans les documents à disposition n'ait pas laissé un souvenir indélébile dans la mémoire du patient. Question d'W. _____ : - Vos conclusions auraient-elles pu être différentes si le recourant vous avait informé avoir été traité en 1979/1980 par des sels d'or et à la cortisone, pour une polyarthrite rhumatoïde avec arrêt de travail durant près d'une année à 100% en 1979, puis à 50% en 1980 et disparition de la symptomatologie en 1981, avec disparition complète des douleurs? Mes conclusions n'auraient pas été différentes si le recourant nous avait informé de cette atteinte à la santé dans le sens que des poussées de type polyarthrite, comme nous l'avons déjà mentionné, peuvent parfaitement être temporaires et ne laisser aucune trace par la suite. Comme aussi mentionné, des récurrences, même à long terme, restent toujours possibles, mais en tout cas, lors de notre examen, nous n'avons retrouvé aucun élément permettant d'incriminer une pathologie de type polyarthrite rhumatoïde aux douleurs décrites par le patient, au niveau de son coude Droit. » Dans sa détermination du 10 octobre 2013, la demanderesse a maintenu ses conclusions. Elle s'est référée à l'avis du 23 septembre 2013 du Dr Z. _____ qu'elle a produit à l'appui de son écriture ainsi qu'à la documentation médicale que ce praticien lui a adressée, à savoir trois extraits de références sur la polyarthrite rhumatoïde notamment. Cet avis à la teneur suivante : « [...] - Le Dr R. _____ est un chirurgien orthopédiste et non un rhumatologue. Ceci implique que ses connaissances sur la polyarthrite rhumatoïde (PR) sont probablement limitées. Dans ce contexte, sans savoir que le patient avait dû être traité pour une PR, il n'avait aucune raison d'en rechercher les signes lors de l'expertise. En conséquence, il ne risquait pas de les trouver. - D'accord avec lui quant à la définition et à l'étiologie de la PR. En particulier, on ne peut pas prouver à l'heure actuelle qu'une transfusion sanguine et/ou une opération sont des déclencheurs ou non d'une crise de PR. - La PR est une affection évoluant par crise +/- importante et +/- rapprochée. Mais cette maladie étant auto-immune induit des changements articulaires et péri-articulaires. Il est connu que cela aboutit à des lésions cartilagineuses (qui vont donner de l'arthrose) et des lésions péri-articulaires en particulier tendineuses (qui vont aboutir à des tendinopathies puis des déchirures tendineuses) Dans ces conditions, affirmer qu'il n'y a aucun lien entre l'épicondylite et la PR est courageux. Même sans crise rhumatismale, une atteinte progressive des tissus articulaires et péri-articulaires peut se faire à bas bruits. C'est pourquoi il est surprenant que cela ne change pas les convictions du Dr R. _____. » Dans ses déterminations des 15 octobre et 4 décembre 2013, le défendeur a maintenu ses conclusions. E n d r o i t : 1. a) Un jugement entré en force peut être annulé ou modifié, sur requête notamment, si le requérant invoque des faits ou des moyens de preuve importants qu'il ne pouvait pas connaître lors de la première décision ou dont il ne pouvait pas ou n'avait pas de raison de se prévaloir à cette époque (art. 100 al. 1 LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]). Selon l'art. 101 LPA-VD, la demande de révision doit être déposée dans les nonante jours dès la découverte du moyen de révision, le droit de demander la révision se périmant en outre par dix ans dès la notification du jugement visé. L'autorité ayant rendu le jugement visé statue sur la demande de révision (art. 102 LPA-VD). b) La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision

administrative (art. 53 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales : RS 830.1]), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF [loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110]), anciennement sur l'art. 137 let b OJF (cf. TF 9F_4/2009 du 29 septembre 2009 et TFA I 183/04 du 28 avril 2005 c. 2.2 et les références). Sont "nouveaux", au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables mais n'étaient pas connues du requérant malgré toute sa diligence. Il s'agit donc de faits antérieurs à la décision sur lesquels celle-ci se fonde, découverts après coup. La nouveauté se rapporte ainsi à la découverte et non au fait lui-même, les faits postérieurs, soit les véritables nova étant exclus (Pierre Ferrari, in : Bernard Corboz, Commentaire de la LTF, note 16 ad art. 123, p. 1206 ; Benoît Bovay, Procédure administrative, Berne 2000, p. 438). Une modification de l'état de santé du recourant survenu postérieurement à la décision dont la révision est demandée ne constitue pas un fait nouveau au sens où l'entend l'art. 53 al. 1 LPGA (ATF U 256/05 du 25 octobre 2006). En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt attaqué et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 134 III 669 consid. 2.2 p. 671 et les références). Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas été prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs (ATF 127 V 358 consid. 5b et les références ; TF 8F_9/2010 du 10 mars 2011 consid. 3.1 ; 8C_934/2009 du 24 février 2010 consid. 2.1 ;TFA I 642/04 du 6 décembre 2005).

2. L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 c. 5.1 ; ATF 125 V 351 c. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1).

3. La demanderesse soutient en substance que dans son expertise du 15 octobre 2010, le Dr T._____ a mis en évidence les antécédents de polyarthrite rhumatoïde du défendeur, ce fait étant clairement antérieur au jugement dont la révision est demandée et cette affection mise à jour par l'expert étant un fait important pour trancher le point de savoir si une épicondylite doit être qualifiée de

traumatique. Elle allègue que l'expert retient que cet antécédent est tout à fait déterminant pour l'appréciation de la causalité de l'épicondylite qui est une affection à 99% due à la maladie, l'assuré présentant des antécédents ostéoarticulaires, facteurs clairement connus comme favorisant une épicondylite. Elle en déduit que ce fait renforce les conclusions des autres experts qui ont nié qu'une épicondylite ait pu perdurer comme suites d'accidents plus longtemps que huit mois et qu'en conséquence il n'y a plus lieu d'allouer des prestations à ce titre l'assuré devant être indemnisé dès le 13 avril 2003 au titre de l'assurance-maladie tant pour la perte de gain que pour les frais de soins, le droit aux prestations restant ouvert uniquement pour la lésion du pavillon de l'oreille. Le défendeur soutient quant à lui notamment qu'il ne s'agit pas d'un fait nouveau dès lors qu'W._____ connaissait l'existence de la polyarthrite rhumatoïde dont il a souffert entre 1979 et 1981. Il ajoute que même s'il s'agissait d'un fait nouveau, il ne peut être considéré comme important dès lors qu'il n'aurait pas modifié l'appréciation de l'expert judiciaire. a) En premier lieu, il convient d'examiner si la demanderesse avait connaissance avant l'expertise du Dr T._____ que le défendeur avait souffert d'une polyarthrite rhumatoïde, ce que la demanderesse nie. Le demandeur allègue en substance qu'il était assuré auprès de la demanderesse dès le 1^{er} avril 1983, ayant été assuré en accidents auprès de A._____ dès son entrée au service de la Fondation J._____, et que préalablement il avait expressément autorisé celle dernière à prendre connaissance de son dossier auprès de son assureur maladie notamment. Il ajoute que ses antécédents de polyarthrite rhumatoïde traités jusqu'en 1981 étaient connus de son assureur et avaient fait l'objet d'une réserve, ce qui devrait apparaître dans la police d'assurance. Il expose que les traitements préventifs dont il a fait l'objet devraient également figurer dans le dossier de l'assurance-maladie, Il déclare aussi que la demanderesse aurait informé l'expert T._____ de ces antécédents. Le dossier de l'assurance-maladie a été produit. Le contrat d'assurance n'y figure pas. Les pièces les plus anciennes datant de 2002, on ignore si en 1983, date à laquelle a été conclue la police d'assurance, une réserve y figurait comme le soutient le défendeur. Il n'y a aucune mention de cette affection dans la déclaration de santé signée le 5 juillet 1996 par l'assuré à A._____, ni sur aucune autre pièce. Enfin, si la demanderesse avait été informée de cette affection depuis 2005, on ne voit pas pour quelle raison elle n'aurait pas requis production du dossier de l'assurance-maladie du défendeur lors de la précédente procédure devant la Cour de céans, ni pourquoi elle n'aurait pas ensuite évoqué cette affection dans son questionnaire à l'intention de l'expert judiciaire. Il n'est ainsi pas établi que la demanderesse avait connaissance de la polyarthrite rhumatoïde dont le défendeur a été atteint. Il y a dès lors lieu d'admettre qu'elle n'en a été informée que lorsqu'elle a pris connaissance de l'expertise du Dr T._____ datée du 15 octobre 2010. Comme elle a déposé la demande de révision le 20 décembre 2010, soit dans les 90 jours après avoir pris connaissance de ce fait, elle a agi en temps utile. b) Il reste à examiner si ce fait est important, c'est-à-dire de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt rendu et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Le Dr T._____ fait état dans son rapport d'antécédents de polyarthrite rhumatoïde traitée par feu le Dr V._____, diagnostic basé sur des polyarthralgies aux pieds, puis aux doigts. Il estime que le défendeur présente clairement des antécédents ostéo-articulaires, antécédents clairement connus comme facteur favorisant les épicondylites. Il s'agit-là d'une affirmation que le Dr T._____ ne démontre pas. Il n'explique en rien les raisons pour lesquelles une trentaine d'années après avoir été atteint d'une polyarthrite rhumatoïde le recourant souffrirait d'une épicondylite qui bien qu'étant apparue de façon concomitante à l'accident

serait due à cette ancienne affection. Il n'examine pas les circonstances de l'accident, se limitant à des généralités et non à l'examen du cas précis. C'est ainsi que d'emblée, dans l'appréciation du cas, il déclare rejoindre les avis des Drs Z._____ et D._____ dans le sens où l'étiologie de l'épicondylite est à 99% due à une maladie, qu'il s'agit d'une dégénérescence de l'insertion de l'aponévrose sur l'épicondyle et que les épicondylites post-traumatiques sont exceptionnelles. Or l'une des raisons qui ont fait que la Cour n'a pas suivi les conclusions des experts D._____ et Z._____ est précisément que les circonstances de l'accident n'étaient pas décrites par ceux-ci, contrairement à l'expertise du Dr R._____ qui s'est livré à une analyse précise de l'accident et de ses conséquences. Insuffisamment étayées et peu précises, les conclusions du Dr T._____ ne sont pas convaincantes, ni celles du Dr Z._____ pour les mêmes raisons. Elles ne sauraient dès lors être suivies. Il n'est en conséquence pas établi que la polyarthrite rhumatoïde soit la cause de l'épicondylite. D'ailleurs, la question a été soumise au Dr R._____. Celui-ci a expliqué qu'il peut certes arriver que des épisodes de polyarthrite rhumatoïde ou assimilés puissent durer quelques semaines ou quelques mois et disparaître totalement sous traitement ou parfois même sans traitement, de nouvelles récurrences étant possibles dans le futur, malgré des périodes où la maladie est muette, mais que ce soit lors de l'anamnèse, de son examen clinique ou de l'examen des documents radiologiques, il n'a à aucun moment retrouvé des éléments permettant de penser que des épisodes de type polyarthrite rhumatoïde seraient de nouveau actifs. Il en déduit que les douleurs au niveau de l'épicondyle droit, comme décrites dans l'expertise, ne sont pas une conséquence lointaine de ces épisodes de polyarthrite rhumatoïde ou assimilés survenus en 1979 et 1980. C'est la raison pour laquelle il déclare que ses conclusions n'auraient pas été différentes s'il avait eu connaissance de ces affections. Il n'y a aucun motif de s'écarter des conclusions claires et motivées de l'expert R._____. Il s'ensuit que la connaissance de l'affection dont a souffert le défendeur n'aurait pas conduit à un jugement différent. 4. En conclusion, la demande de révision doit être rejetée. La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). Le défendeur, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. et de mettre à la charge de la demanderesse (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. La demande de révision est rejetée. II. W._____ versera à C._____ le montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens. III. Le présent arrêt est rendu sans frais. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - W._____, - Mme Manuela Ryter Godel, avocate (pour C._____), - 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 :