

VD_GERICHTE ZA06.000343 vom 14. Dezember 2009

VD Tribunal cantonal, 2009-12-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA06.000343

FR: VD_GERICHTE ZA06.000343 du 14 décembre 2009

IT: VD_GERICHTE ZA06.000343 del 14 dicembre 2009

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 5/06 - 92/2009 CO UR DE S ASSURANCES S OCIALES

Arrêt du 14 décembre 2009

Présidence de Mme THALMANN Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Bidiville, assesseur Greffier : M. Addor ***** Cause pendante entre : V. _____, à Chavornay, recourant, représenté par Me Manuela Ryter Godel, avocate à Yverdon-les-Bains, et HELSANA ASSURANCES SA, à Dübendorf (ZH), intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne. _____ Art. 6 al. 1 et 10 LAA 402

- 2 - E n f a i t : A. V. _____ (ci-après : l'assuré), né le [...], travaillait en qualité de jardinier, employé par la fondation S. _____ à [...]. 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.

- 3 - - Un rapport médical initial LAA adressé à «La Suisse» (le portefeuille suisse d'assurances LAA et d'indemnités journalières a été transféré au 1er janvier 2005 au profit de Helsana Assurances SA [ci-après : Helsana]) le 23 septembre 2002 et signé par le Dr F. _____, 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 Z. _____ qui mentionne une capsulite rétractive du poignet droit et une adhérence membrane interosseuse. - Un certificat LAA du 18 décembre 2002 signé par le Dr R. _____ qui mentionne une fracture du cubitus droit et un défaut de substance par morsure à l'oreille

droite. - Un rapport du service de neurologie de l'Hôpital X. _____ du 10 février 2003, signé par le Dr Q. _____, 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.

- 4 - - Un rapport 12 février 2003, du Dr R. _____, médecin du service de traumatologie de l'Hôpital X. _____, 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 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 H. _____, 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 G. _____ à la Clinique L. _____. Il évoque la persistance d'une épicondylite droite. - Un rapport d'expertise du 6 avril 2004 effectuée par le Dr C. _____, 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.

- 5 - 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

- 6 - 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, l'intimée a informé l'assuré qu'elle prendrait le cas en charge jusques 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, l'intimée 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 C. _____, 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, crépitement). Une influence du contexte de non organicité est donc probable. Mr V. _____ 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

- 7 - d'un véhicule semi-léger possible. Position debout/assise sans limite." - Un certificat du 19 juillet 2004 adressé à Helsana par le Dr G. _____ qui signale avoir pris connaissance avec intérêt du rapport d'expertise du Dr C. _____. 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 J. _____ à la demande d'Helsana, 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 V. _____ 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 V. _____ 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.

- 8 - 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 V. _____, 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 J. _____ 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

- 9 - 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 C. _____ 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, l'intimée a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 14 mai 2004. B. Le 5 janvier 2006, V. _____ a 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 1er 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, Helsana étant en outre la débitrice et devant immédiat paiement d'un montant de 50'000 fr. à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité avec intérêts à 5% l'an dès le 1er août 2003. A titre subsidiaire, il a conclu au renvoi de la cause à Helsana pour nouvel examen au sens des considérants. Il a notamment produit un rapport du Pr T. _____ établi le 20 octobre 2005 qui mentionne ce qui suit : "J'ai reçu M. V. _____, [...] pour un entretien portant sur les séquelles de son accident du 13.8.2002 pour lequel il avait été soigné à l'Hôpital X. _____ 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. K. _____ du 19 février 2004). Compte tenu de la demande de M. V. _____, de la responsabilité du Service OTR et du litige qui oppose M. V. _____ à La Suisse Assurance, il m'a paru légitime de répondre à la demande du patient. M. V. _____ a aujourd'hui 51 ans, il est horticulteur indépendant depuis le 1er 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 S. _____ à [...]. Il a été licencié avec

- 10 - indemnités de départ pour restructuration alors qu'il était en arrêt de travail pour son accident. Avant l'accident qui nous intéresse, M. V. _____ 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 du 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. V. _____ 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 à l'Hôpital X. _____, 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 à l'Hôpital X. _____, 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. V. _____ 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. V. _____ a été adressé au Dr G. _____ à la Clinique L. _____ qui l'a pris en charge depuis le 20.4.2004. Dans son rapport du 10 mai 2004, le Dr G. _____ confirme que la fracture du cubitus est consolidée et que les douleurs résiduelles du coude sont à imputer à une épicondylite. Le Dr G. _____ suit actuellement toujours M. V. _____ (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 C. _____ datant du 6 avril 2004. Dans ce rapport cependant, le Dr C. _____ 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. V. _____ 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

- 11 - 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 C. _____ 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, l'intimée a conclu au rejet du recours. Parties ont maintenu leurs conclusions au cours du second échange d'écritures. C. Le dossier AI a été produit. Il contient notamment les pièces suivantes : - Un rapport établi le 21 septembre 2006 par le Dr G. _____ 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 B. _____ — [...]. Concernant la problématique du coude droit, j'ai longuement expliqué à Monsieur V. _____, que tant que le conflit asséculo-logique sur l'origine de cette épicondylite n'est pas réglé, je ne pense pas qu'il soit judicieux de procéder à une intervention

- 12 - 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 asséculo-logique 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 B. _____ à 50%." - Un rapport d'examen établi le 10 juillet 2007 par la Dresse I. _____ du Service médical 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

- 13 - asséculo-logique 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 G. _____ note dans ce contexte : «concernant la problématique du coude droit, j'ai longuement expliqué à M.

V. _____ que tant que le conflit assécurologique 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 assécurologique. 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 W. _____ 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 :

- 14 - "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 C. _____ et J. _____, 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 muscle 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 C. _____ et Dr J. _____), 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 générer 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 V. _____ 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 l'Hôpital X. _____ (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 listée 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 C. _____ et J. _____ estimant que

- 15 - 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 R. _____ dans un rapport détaillé daté du 12 2 03 et adressé à La Suisse Assurance; 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 G. _____. 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. L'intimée a produit un document établi par le Dr J. _____ 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 => épicondalgies 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 séquelle au traumatisme subi => pas de preuves objectives confirmées par le Dr W. _____ => sa seule argumentation est l'absence soi-disant de douleur avant l'événement Page 7-8: le Dr W. _____ 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.

- 16 - 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 W. _____ 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 1er 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 J. _____ 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 V. _____, 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).

- 17 - 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. Cette 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 G. _____ dans son activité actuelle ou dans une activité adaptée ? L'intervention chirurgicale proposée par le Dr G. _____ 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 déterminés sur ce rapport et ont maintenu leurs conclusions. L'intimée a en outre produit une note du Dr J. _____, 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 J. _____ 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 W. _____. E n d r o i t :

- 18 - 1. S'agissant du délai de recours, l'art. 106 aLAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006 (abrogé par le ch. 111 de l'annexe à la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral, avec effet au 1er janvier 2007 [RS 173.32]) prévoyait un délai de recours de trois mois contre les décisions sur opposition statuant sur des prestations d'assurance. Le présent recours est ainsi déposé en temps utile. Il est en outre recevable en la forme (art. 61 let. b LPGa [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]). 2. La question à examiner est celle du lien de causalité naturelle entre l'épicondylite dont est atteint le recourant et l'accident du 13 août 2002. 3. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. a) Le droit aux prestations de l'assurance-accidents 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 la survenance de l'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. En effet, 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1). 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 les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à

- 19 - l'appréciation des preuves en matière d'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; TF 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1 et les références citées). 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_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3). 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» ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341s.; RAMA 1999 n° U 341 p. 407s. consid. 3b). 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_551/2007 du 8 août 2008 consid. 2.2). Toutefois, si le principe «post hoc, ergo propter hoc» ne suffit pas en soi à établir un rapport de causalité entre une atteinte à la santé et un accident, on ne saurait pas davantage lui dénier toute valeur lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Finalement, si l'expert judiciaire est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, un juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006). b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire

- 20 - des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2 et les références). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas, l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 134 V 109 consid. 2.1; TF 8C_268/2008 du 16 février 2009 consid. 2.4). c) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a p. 138 et les références). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.2).

- 21 - 4. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin,

une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment 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 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références; TFA I 513/05 du 7 septembre 2006). 5. En l'espèce, tous les médecins sont d'accord sur le diagnostic d'épicondylite. Ils diffèrent en revanche quant à la durée de ce trouble en relation avec l'accident. L'expert C. _____ estime que la responsabilité de l'événement du 13 août 2002, dans la symptomatologie épicondylienne actuelle ne peut être retenue au-delà d'une période de 6-8 mois post- traumatique dès lors qu'il n'y a pas eu de traumatisme adéquat au niveau de l'épicondyle. La surcharge de mise en route supputée ne pouvant être justifiée plus longtemps. L'expert J. _____ estime également que l'on ne peut pas considérer que l'épicondylite est une complication classique

- 22 - survenant après les problèmes subis par le recourant et que 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. A son avis, le recourant étant horticulteur et âgé de 50 ans, il fait partie des professions à risque pour voir survenir une complication de type épicondylite même sans un événement accidentel, ce qui entraîne que si l'événement a révélé cette pathologie, il ne l'a en aucun cas provoquée de manière probable ou certaine. Dans l'anamnèse du rapport d'expertise du Dr C. _____, il n'est pas fait mention d'une chute du recourant. L'anamnèse du rapport d'expertise du Dr J. _____ 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 T. _____, établi postérieurement à leurs expertises. Au contraire, les circonstances de l'accident sont décrites très précisément dans l'expertise du Dr W. _____ 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 W. _____ a eu connaissance de l'ensemble du dossier y compris du rapport détaillé du Pr T. _____ précité, 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 W. _____ 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

- 23 - 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, savoir la Dresse I. _____ du SMR et le Dr G. _____. En conclusion, le rapport d'expertise du Dr W. _____ 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 C. _____ et J. _____ ne les mettent pas en doute pour les motifs évoqués précédemment. L'expertise a ainsi valeur probante. Il y a lieu en conséquence d'admettre 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. 6. a) S'agissant de la capacité de travail du recourant, l'expert W. _____ ainsi que les Drs G. _____, et I. _____ s'accordent à estimer

- 24 - qu'elle est de 50% dans l'activité d'horticulteur et de 100% dans une activité adaptée. Certes le Dr C. _____ estime qu'elle serait de 75% puis 100% au cours de l'été dans l'activité d'horticulteur. Toutefois, pour retenir une telle capacité de travail, il tient compte du fait que le recourant a la possibilité de distribuer le travail en fonction de la charge et qu'il peut également pratiquer une partie de la taille avec l'utilisation préférentielle de la main gauche, ce qui reste à démontrer. En outre les rapports médicaux du Dr G. _____ comme le rapport d'expertise démontre qu'il n'y a pas eu d'amélioration de la capacité de travail du recourant au cours de l'été 2004. L'avis du Dr C. _____ ne peut dès lors être suivi. Il y a dès lors lieu de retenir une capacité de travail de 50% dans l'activité d'horticulteur et de 100% dans une activité adaptée. b) En accord avec le Dr G. _____, qui envisage une intervention chirurgicale le jour où le conflit asséculo-logique sera réglé et pour autant que la symptomatologie douloureuse soit toujours présente, l'expert W. _____ préconise une telle intervention susceptible de supprimer la douleur chronique du coude droit à environ 50 à 75% de probabilité. Il estime que si le recourant 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. Il ajoute qu'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. Vu le succès que peut entraîner une telle intervention et l'accord du recourant mentionné par l'expert, il y a dès lors lieu d'admettre que celle-ci doit être prise en charge par l'intimée (art. 10 LAA). 7. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, l'expert W. _____ 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, le recourant étant d'accord de se soumettre à l'intervention chirurgicale proposée par le Dr

- 25 - G._____ et l'atteinte du poignet et de l'épaule ne constituant pas d'atteinte significative à l'intégrité. Il appartiendra dès lors à l'intimée de statuer sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, une fois les possibilités thérapeutiques épuisées. 8. L'art. 26 al. 2 LPGA prévoit que des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Il appartiendra à l'intimée de se prononcer sur l'application de cette disposition lorsqu'elle fixera le montant des prestations auxquelles peut prétendre le recourant. 9. En conclusion, dans sa décision sur opposition du 4 octobre 2005, l'intimée a alloué des prestations jusques et y compris le 12 avril 2003. Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre le recours et de réformer cette décision en ce sens que l'intimée continuera à prendre en charge les suites de l'accident du 13 août 2002, le dossier du recourant lui étant retourné afin qu'elle fixe l'ampleur de ses prestations. 10. La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, 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 l'intimée (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ces motifs,

- 26 - la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision attaquée est réformée en ce sens qu'Helsana Assurances SA doit continuer à allouer ses prestations à V._____ à la suite de l'accident du 13 août 2002. III. Le dossier du recourant est retourné à l'intimée afin qu'elle fixe l'ampleur de ses prestations. IV. Helsana Assurances SA versera au recourant la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens. V. Le présent arrêt est rendu sans frais. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Manuela Ryter Godel, avocate (pour V._____), - Me Didier Elsig, avocat (pour Helsana Assurances SA), - 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

- 27 - 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). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.