

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 novembre 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

K._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 61 let. c LPGA ; art. 6 al. 1, 10 al. 1, 16, 18 al. 1
LAA**

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en qualité de menuisier pour la société W._____ Sàrl. Le 7 octobre 2013, une fenêtre est tombée sur son bras droit dans le cadre de son travail. L'assuré s'est alors rendu chez le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale au Centre d'urgences [...] de W._____ SA, qui l'a adressé au Dr J._____, spécialiste en radiologie auprès de D._____ SA. Par rapport du 9 octobre 2013 ensuite de radiographies du coude droit pratiquées le même jour que l'accident, le Dr J._____ a constaté une enthésophite du triceps sur l'olécrâne, mais l'absence de fusion du noyau épiphysaire de l'épitrôchlée, ainsi que de lésion traumatique récente visible.

W._____ Sàrl a annoncé l'accident à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) le 11 octobre 2013.

Les médecins du Centre d'urgences [...] de W._____ SA ont attesté une incapacité de travail totale du 7 octobre au 10 novembre 2013.

Par déclaration de sinistre du 19 décembre 2013, l'employeur a fait état d'une rechute survenue le 13 novembre 2013.

Aux termes d'un rapport du 3 janvier 2014, le Dr P._____ a indiqué que l'assuré présentait toujours une incapacité de travail totale.

Le 22 janvier 2014, l'intéressé a consulté le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en raison de la persistance des douleurs et d'un sentiment de manque de force dans la main droite. Dans un rapport du 7 février 2014, ce médecin a posé les diagnostics de contusion du coude droit et de Südeck réactionnel.

Par rapport du 10 mars 2014, le Dr W._____, spécialiste en radiologie, a conclu qu'en tenant compte d'une notion traumatique, il suspectait une importante distorsion avec fracture-avulsion tendino-ligamentaire au détriment du collatéral interne et du fléchisseur commun à la hauteur de l'épitrôchlée/épicondyle interne. Il a également mentionné un petit foyer persistant réactionnel de dermo-hypodermite à la hauteur de l'épitrôchlée et d'un épanchement en quantité modérée néanmoins significatif associé, sans synovite. Selon ce médecin, en cas de concordance avec la clinique, un complément par un scanner pourrait confirmer la fracture-arrachement et écarter/confirmer d'éventuels autres petits fragments osseux non visualisables par imagerie par résonance magnétique (IRM).

Dans un rapport du 21 mars 2014, le Dr Q._____, spécialiste en neurologie, a expliqué que l'examen neurologique qu'il avait pratiqué s'était avéré sans anomalie significative permettant de mettre en évidence une participation/origine neurologique aux troubles. Il a relevé tout particulièrement l'absence d'atteinte des nerfs ulnaire, radial, brachial-cutané interne et externe ainsi que médian. Il n'y avait pas non plus d'éléments en direction d'une atteinte radiculaire.

L'assuré a effectué un premier séjour à la Clinique Z._____
(ci-après : Z._____) du 18 juin au 22 juillet 2014. A teneur d'un rapport final du 29 juillet 2014, les Drs F._____ et R._____, respectivement spécialiste en rhumatologie et médecin-assistant au Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Z._____, ont posé les diagnostics de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs persistantes du coude et de l'avant-bras droits, ainsi que d'écrasement de l'avant-bras et du coude droits le 7 octobre 2013, de probable syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur droit (SDRC) au décours et de non fusion du noyau d'ossification de l'épicondyle médial droit. En ce qui concernait le diagnostic de SDRC posé au cours du séjour, ces médecins ont expliqué que les critères de Budapest étaient remplis, même si les signes cliniques étaient actuellement discrets. Ils ont précisé,

sur le plan neurologique, avoir suspecté cliniquement une possible irritation du nerf radial à l'arcade de Frohse, non confirmée par électroneuromyogramme. Selon les Drs F._____ et R._____, les plaintes et limitations fonctionnelles de l'assuré ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour ; des facteurs contextuels jouaient un rôle important et influençaient défavorablement son retour au travail. Des incohérences avaient été relevées. Les médecins ont ajouté que la situation n'était pas stabilisée médicalement et sur le plan des aptitudes fonctionnelles. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable, compte tenu des facteurs médicaux retenus après l'accident et des facteurs non médicaux. Une capacité de travail était attendue dans une activité adaptée, mais il était encore trop tôt pour juger des limitations fonctionnelles définitives. Les facteurs contextuels et le comportement douloureux important allaient compliquer la reprise.

Dans un rapport du 26 septembre 2014, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, a relevé que le diagnostic de probable SDRC de type I avait été évoqué. Il indiquait ne pas partager l'avis des médecins de la Z._____ sur ce point, mais que cela ne changeait rien d'essentiel. L'évolution post-traumatique était anormale et le Dr D._____ avait la conviction que d'une manière ou d'une autre, des facteurs psychologiques jouaient un rôle dominant.

L'assuré a effectué un second séjour à la Z._____ du 11 février au 6 mars 2015. Par rapport final du 26 mars 2015, les Drs X._____ et T._____, respectivement spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin-assistant au Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Z._____, ont précisé qu'aucun nouveau diagnostic n'avait été posé au cours de ce second séjour. L'intéressé avait été vu par leur psychiatre-consultant, qui ne retenait pas de diagnostic psychiatrique au sens strict chez un patient focalisé sur les douleurs et évitant tout mouvement pouvant aggraver dites douleurs. Les médecins de la Z._____ ont expliqué que même si le diagnostic de SDRC du

membre supérieur droit avait été retenu, les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Ils ont à nouveau évoqué l'existence de facteurs contextuels et d'incohérences. Selon les Drs X._____ et T._____, les limitations fonctionnelles définitives suivantes étaient retenues : activités nécessitant le port répété de charges supérieure à 5 kg ; activités nécessitant des mouvements répétés du coude ou du poignet droits. La situation était stabilisée du point de vue médical. Ils ont ajouté que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles sus-évoquées était défavorable, en lien avec les facteurs contextuels défavorables chez un patient non qualifié, au réseau social limité, qui restait focalisé sur les douleurs et ses limitations.

Aux termes d'un rapport du 16 octobre 2015, le Dr H._____, spécialiste en neurologie, a décrit une évolution défavorable avec la persistance de douleurs et, plus récemment, l'apparition d'un tremblement du membre supérieur droit. Ce médecin a conclu à la présence d'un trouble dissociatif, dont la prise en charge serait certainement difficile. Il a proposé des investigations électrophysiologiques par le Dr SN._____, spécialiste en neurologie, puis une approche multidisciplinaire par la Dresse E._____, spécialiste en neurologie, qui s'occupait de la prise en charge des patients avec des troubles neurologiques fonctionnels.

Dans un rapport du 11 décembre 2015, le Dr SN._____ et la Dresse HJ._____, médecin assistante au Service de neurologie du Centre hospitalier B._____ (ci-après : B._____), ont indiqué que l'assuré présentait des douleurs diffuses du membre supérieur droit, survenues dans un contexte post accidentel en péjoration progressive, sans déficit sensitivo-moteur à l'examen clinique ou au bilan électrophysiologique. En parallèle, l'intéressé présentait un tremblement de repos et postural de survenue tardive (deux ans après l'accident) d'origine encore indéterminée, une origine fonctionnelle étant cependant fortement suspectée.

L'OAI a mandaté la Clinique L._____ SA (désormais RT_____ SA) pour réaliser une expertise pluridisciplinaire, sous la direction du Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Par rapport d'expertise pluridisciplinaire du 15 septembre 2016, la Dresse C._____, spécialiste en rhumatologie, et les Drs N._____, spécialiste en neurologie, V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous médecins auprès de la Clinique L._____ SA, ont admis les diagnostics de contusion des tissus mous et d'algodystrophie (SDRC de type I), mais ont constaté que ces atteintes étaient guéries en octobre 2015 et qu'elles n'étaient plus à l'origine des symptômes dont l'assuré se plaignait encore. Un diagnostic de trouble dissociatif (de conversation) était évoqué, de manière éventuelle seulement. A titre différentiel, un diagnostic de majoration des symptômes pour des raisons psychologiques, voire de simulation consciente, était mentionné, les éléments à disposition ne permettant pas de trancher clairement entre un trouble totalement inconscient et une éventuelle part d'exagération des symptômes, voire de simulation consciente. Il n'y avait toutefois pas suffisamment d'arguments pour diagnostiquer une majoration des symptômes pour des raisons psychologiques ou une production intentionnelle de symptômes, raison pour laquelle le diagnostic de trouble dissociatif avait été privilégié, bien que le tableau soit atypique. Il n'y avait pas de relation de causalité entre le trouble psychique et l'accident. En définitive, l'état de santé de l'intéressé était stabilisé en ce qui concernait les lésions physiques d'origine accidentelle, lesquelles ne requerraient ainsi plus de traitement médical, ni n'entraînaient d'incapacité de travail.

Dans une décision du 12 octobre 2016, la CNA mis un terme à ses prestations d'assurance au 19 octobre 2016, en reconnaissant à l'assuré une pleine capacité de travail dans son ancienne activité professionnelle à compter du 20 octobre 2016. Elle a ajouté que sa responsabilité ne saurait être engagée par d'éventuels troubles

psychiques, ceux-ci n'apparaissant pas en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré.

Le 14 novembre 2016, l'intéressé, représenté par Me Laurent Fischer, s'est opposé à cette décision. En substance, il a contesté les conclusions des experts de la Clinique L._____ SA, arguant que ses troubles actuels étaient liés à son accident et entraînaient une incapacité de travail totale dans son ancienne activité. Il a produit le 29 novembre 2016 des rapports du Dr ZS._____, médecin à l'Institut de chirurgie reconstructrice de [...] au [...]. Ce médecin a fait état d'une lésion du plexus brachial droit/nerfs périphériques, avec un processus de perte de contrôle dystonique et perte de contrôle cortical, et d'un syndrome douloureux régional complexe de type II avec complication dystonique du membre supérieur droit. Il proposait une intervention chirurgicale.

Aux termes d'un rapport du 28 février 2017, ensuite de consultations des 22 décembre 2016 et 10 février 2017, le Dr G._____, chef de clinique adjoint au Service de chirurgie plastique et de la main du B._____, a posé le diagnostic de CRPS de type II compliqué d'une dystonie du membre supérieur droit. De son point de vue, aucune chirurgie ne pouvait être proposée dans le cadre des symptômes constatés. Compte tenu de la dystonie, une consultation au B._____ auprès du Dr SN._____ était proposée.

Dans rapport du 24 août 2017, ensuite d'une consultation du 25 juillet 2017, le Dr SN._____ et la Dresse PF._____, spécialiste en neurologie, ont posé le diagnostic de « tremblement du membre supérieur droit, associé à un syndrome douloureux chronique et une attitude figée en flexion du coude d'allure

fonctionnelle ». Ils ont précisé ce qui suit :

« [...] »

En résumé, tremblement postural/action exclusivement à droite pendant une contraction musculaire probablement volontaire en continue compatible avec un tremblement isométrique. La présence de pauses du tremblement à la distraction et d'entraînement et de signes cliniques, notamment une discrédance entre l'examen dirigé et l'observation, suggèrent une origine fonctionnelle.

Nous avons complété l'enregistrement par des électrodes EMG [électromyogramme] dans le biceps à droite ne démontrant pas de signe de dénervation aiguë ou chronique en présence d'une activité de tremblement.

Il y a une limitation des mouvements dans le coude avec une résistance active démontrée à l'EMG. Par contre, nous ne retenons pas d'élément anamnestique ou clinique suggérant une dystonie, et à part du tremblement, d'autres mouvements involontaires. Sur le plan thérapeutique, vu la variabilité du positionnement, et en l'absence d'une dystonie segmentaire sous réserve d'un examen limité, nous ne proposons pas l'injection de la toxine botulinique.

Une rééducation par physiothérapie et ergothérapie pourrait être utile, mais non désirée par le patient. Une 1^{ère} expertise concluait à une capacité à 100 %, et une nouvelle expertise est en cours.

Notre conclusion reste limitée à cet examen qui devrait être complétée par une observation de son fonctionnement quotidien. En ce qui concerne les neurolyses proposées, nous ne retenons pas d'indication, d'autant plus que notre examen neurologique et électrophysiologique n'indique pas de neuropathie sous-jacente [...] »

Par appréciation chirurgicale et neurologique du 17 octobre 2017, le Dr O._____ et la Dresse KW._____, respectivement spécialiste en neurologie et spécialiste en chirurgie auprès de la CNA, ont conclu que le diagnostic d'un SDRC de type II pouvait être écarté en l'absence d'une lésion d'un nerf périphérique. Les critères diagnostiques d'un SDRC de type I n'étaient pas satisfaits non plus. Les Drs O._____ et KW._____ ont ajouté souscrire aux conclusions des experts de la Clinique L._____ SA, lesquels avaient exclu, de façon exhaustive et convaincante, que les troubles de l'assuré s'expliquaient par une atteinte organique.

Par décision sur opposition du 18 octobre 2017, la CNA a rejeté l'opposition de l'intéressé. En substance, elle a estimé que ni l'avis du Dr ZS._____, ni les conclusions des Drs G._____ et SN._____ ne permettaient de mettre en doute la valeur probante de l'expertise multidisciplinaire rendue par la Clinique L._____ SA et entérinée par la Dresse KW._____ et le Dr O._____. Elle a considéré en définitive que

l'assuré ne présentait pas de troubles accidentels justifiant une incapacité de travail ou nécessitant un traitement au-delà du 19 octobre 2016.

B. Par acte du 17 novembre 2017, K._____, désormais représenté par Mes Jean-Michel Duc et Estelle Marguet, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition susmentionnée, en concluant, principalement, à son annulation et à ce qu'il ait droit à de plus amples prestations d'assurance-accident. Subsidièrement, il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction. Il a notamment requis la mise en œuvre d'une expertise. En substance, il a fait valoir qu'une pleine valeur probante ne pouvait pas être accordée au rapport d'expertise de la Clinique L._____. SA, dont les conclusions étaient en outre remises en question par différents rapports présents au dossier. Il a ajouté que la preuve de la disparition de son atteinte à la santé justifiant le droit aux prestations n'était pas apportée, de sorte que son droit aux indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical subsistait.

Dans une réponse du 5 mars 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a confirmé sa position, en précisant qu'elle avait rendu la décision litigieuse non seulement en se fondant sur le rapport d'expertise de la Clinique L._____. SA, mais également sur l'appréciation du 17 octobre 2017 de la Dresse KW._____. et du Dr O._____.

A teneur d'une décision du 12 mars 2018, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 17 novembre 2017, comprenant l'exonération d'avances et des frais judiciaires ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Marguet. Dans une décision du 15 mai 2018, Me Marguet a été relevée de sa mission et Me Duc désigné en remplacement comme avocat d'office. Par décision du 23 mai 2018, le juge instructeur a fixé l'indemnité de conseil d'office de Me Marguet à 3'356 fr. pour la période du 6 novembre 2017 au 15 mai 2018.

En parallèle, dans une réplique du 22 mars 2018, le recourant a confirmé sa position. Il a expliqué qu'il avait été opéré les 26 janvier et 5 mars 2018 par le Dr ZS._____, lequel avait déjà pu constater quelques améliorations de son état de santé. Il a ajouté que, la Clinique L._____
SA s'étant vu retirée son autorisation de pratiquer pour une durée de trois mois en raison de graves manquements dans l'établissement de ses expertises, le contenu et les conclusions du rapport d'expertise de cette clinique du 15 septembre 2016 pouvaient très sérieusement être mis en doute. A l'appui de son écriture, il a produit plusieurs rapports en portugais du Dr ZS._____.

L'intimée s'est déterminée le 6 juin 2018, en se référant à une appréciation chirurgicale et neurologique du 29 mai 2018 de la Dresse KW._____ et du Dr O._____. Ces médecins ont expliqué que les derniers rapports du Dr ZS._____ n'étaient pas susceptibles de mettre à mal leurs précédentes conclusions du 17 octobre 2017.

Le 19 juin 2018, le recourant a formulé des observations. Il a notamment indiqué qu'une nette amélioration de son état de santé avait suivi les opérations effectuées par le Dr ZS._____. Il concluait au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle expertise. En annexe, il a produit de nouveaux rapports en portugais du Dr ZS._____.

Par déterminations du 11 juillet 2018 pour l'intimée et du 20 septembre 2018 pour le recourant, les parties ont confirmé leur position respective.

Une audience de jugement s'est tenue le 8 novembre 2018. Le recourant s'y est présenté personnellement, assisté de son conseil, ainsi que le représentant de l'intimée pour celle-ci. L'intéressé a produit un procédé écrit daté du jour même et a notamment allégué que son état continuait à s'améliorer et qu'il devrait reprendre son travail à 100 % à compter de la mi-janvier 2019. Son conseil a également produit la liste des opérations effectuées entre le 19 juin et le 8 novembre 2018.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, le litige porte sur droit du recourant à percevoir des prestations de la part de l'intimée au-delà du 19 octobre 2016 pour les suites de son accident du 7 octobre 2013.

3. a) Il sera noté que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant

diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date des événements litigieux (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

b) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, 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.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et réf. cit. ; TF 8C_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3).

Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 et réf. cit.).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire 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 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et réf. cit.).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF 8F_2/2016 du 27 juin 2016 consid. 3).

c) L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). A teneur de l'art. 16 al. 1 LAA, il a également droit à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident. Le droit à l'indemnité journalière s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a

incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et réf. cit. ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 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 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. a) En l'espèce, l'intimée s'est fondée essentiellement sur une expertise pluridisciplinaire établie par la Clinique L._____ SA pour considérer que le recourant ne présentait pas de troubles accidentels justifiant une incapacité de travail ou nécessitant un traitement au-delà du 19 octobre 2016. L'intéressé conteste la valeur probante de cette expertise, en raison de la violation par le directeur de cette clinique de ses devoirs professionnels, à l'occasion de plusieurs expertises confiées à la Clinique L._____ SA, qui ont conduit au retrait de l'autorisation de pratiquer, pour une durée de 3 mois, en relation avec l'établissement d'expertises.

Par arrêté du 25 juin 2015, le Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé de la République et canton de Genève a retiré à la Clinique L._____ SA son autorisation d'exploiter une institution de santé pour une durée de trois mois. La Cour de justice de la République et canton de Genève a confirmé cette décision, par jugement du 15 novembre 2016. Le Tribunal fédéral a rejeté le recours de cette clinique par arrêt du 22 décembre 2017 (TF 2C_32/2017 du 22 décembre 2017). La suspension a été effective du 1^{er} mars au 1^{er} juin 2018. Il ressort de cet arrêt, ainsi que d'un arrêt 9F_5/2018 du 16 août 2018, que de très importants manquements ont été constatés dans la gestion de la Clinique L._____ SA, notamment des graves violations des devoirs professionnels incombant à une personne responsable d'un tel établissement. En particulier, cette personne, qui était responsable médical du « département expertises », avait modifié (notamment sur des points non négligeables) et signé des dizaines d'expertises sans avoir vu les expertisés et sans l'accord de l'expert, ce qui constituait un comportement inadmissible relevant d'un manquement grave au devoir professionnel. Il ressort également de ces arrêts que les organes de l'assurance-invalidité ont renoncé à confier des mandats d'expertise à cette clinique à partir de 2015. A l'époque où l'expertise litigieuse a été établie, les exigences liées à la qualité de l'exécution du mandat ne pouvaient donc pas être considérées comme suffisamment garanties au sein du département « expertises » de la Clinique L._____ SA. Dans ce contexte, on ne peut

que regretter que l'Office fédéral des assurances sociales – qui conclut notamment les contrats de prestations avec les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité et doit subordonner le maintien de ce contrat à des exigences qualitatives minimales (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.5) – n'ait pas jugé utile d'informer les assureurs sociaux actifs dans les autres branches d'assurances sociales du fait que les offices de l'assurance-invalidité avaient renoncé à confier des mandats d'expertise à la clinique concernée au vu des problèmes mentionnés ci-avant.

Vu ce qui précède, l'expertise réalisée par la Clinique L._____ SA, et sur laquelle l'intimée s'est fondée pour l'essentiel, ne peut pas être tenue pour probante.

b) L'intimée soutient s'être également fondée sur d'autres documents médicaux, qui permettraient de statuer en connaissance de cause. On ne peut pas partager ce point de vue. Le rapport du 17 octobre 2017 des Drs O._____ et KW._____, qui n'ont procédé à aucun examen clinique, repose dans une large mesure sur celui établi par la Clinique L._____ SA. Les Drs O._____ et KW._____ ont néanmoins conclu à l'absence de SDRC de type I ou II – contrairement aux médecins de la Z._____ et de la Clinique L._____ SA – en restant ambigus sur le point de savoir si, selon eux, les critères d'un tel diagnostic n'avaient jamais été remplis, ou si ce diagnostic avait été justifié, mais l'atteinte correspondante devait désormais être considérée comme guérie. Dans ce second cas de figure, l'admission d'une pleine capacité de travail dans l'ancienne activité du recourant – relativement lourde – paraît avoir été posée essentiellement au regard des constatations des médecins de la Cliniques L._____ SA, dont l'expertise ne peut pas être considérée comme probante pour les motifs exposés ci-avant.

Le rapport établi le 29 mai 2018 par les Drs O._____ et KW._____, toujours sans examen clinique et cette fois pendant la procédure de recours, doit également être pris avec prudence. A nouveau, ces médecins sont restés ambigus sur le point de savoir s'ils estimaient

qu'un SDRC avait été diagnostiqué à tort par plusieurs confrères, ou s'il avait été diagnostiqué à juste titre à l'époque, mais devait désormais être considéré comme guéri. Là encore, dans cette seconde hypothèse, l'admission d'une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle paraît essentiellement reposer sur les constatations cliniques posées par les experts de la Clinique L. _____ SA, une telle capacité de travail n'ayant pas été constatée par les médecins de la Z. _____.

Enfin, les rapports des 28 février 2017 du Dr G. _____ et du 24 août 2017 du Dr SN. _____ et de la Dresse PF. _____ justifient certes d'avoir de forts doutes sur la lésion du plexus brachial diagnostiquée par le Dr ZS. _____, voire d'exclure une telle lésion. Aucun de ces médecins, toutefois, ne s'est prononcé sur la capacité résiduelle de travail du recourant. Le Dr SN. _____ et la Dresse PF. _____ ont même expressément indiqué que leurs conclusions restaient limitées à l'examen qu'ils avaient pratiqué.

Au final, les documents médicaux réunis par l'intimée ne permettent pas de porter un jugement valable sur les prestations litigieuses. La cause sera par conséquent renvoyée à cette autorité - dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire suivant le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al.1 LPGA) - pour qu'elle mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire par un neurologue, un psychiatre et un orthopédiste, conformément à l'art. 44 LPGA et aux conclusions de la partie recourante.

6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

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

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de

participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 5'100 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

Le montant des dépens arrêté ci-dessus couvre intégralement l'indemnité partielle qui a déjà été allouée, et l'indemnité complémentaire qui pourrait être allouée au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément le montant de cette indemnité complémentaire.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 18 octobre 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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

- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à K._____ la somme de 5'100 fr. (cinq mille cent francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour le recourant),
- Me Didier Elsig (pour l'intimée),
- 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).

Le greffier :