

VD_GERICHTE ZA18.010682 vom 12. August 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-08-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA18.010682

FR: VD_GERICHTE ZA18.010682 du 12 août 2021

IT: VD_GERICHTE ZA18.010682 del 12 agosto 2021

Erwägungen

E. 12

août 2014). Dans ses rapports à la CNA des 24 septembre et

E. 15

octobre 2014, le Dr F._____ a préconisé un séjour à la H._____. Le 9 janvier 2015, l'assuré a fait l'objet d'un examen par le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA. Ce spécialiste n'a pas décelé de lésion. Il a suspecté la présence de facteurs non organiques et préconisé un séjour à la H._____.

- 3 - L'assuré a séjourné à la H._____ du 3 février au

E. 18

mars 2015. Dans leur rapport du 24 mars 2015, le Dr J._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, et le Dr K._____, médecin-assistant, ont conclu que les douleurs et l'hypertonie musculaire au niveau des vertèbres lombaires droites pouvaient encore s'expliquer par les suites de la fracture de l'apophyse transverse droite de la vertèbre L2 et qu'il était encore un peu tôt pour exiger de l'assuré une reprise du travail. La H._____ a prolongé l'arrêt de travail à 100 % jusqu'au 20 mai 2015. Sont notamment annexés à ce rapport, le consilium du 13 mars 2015 du Dr L._____, spécialiste en neurologie, et le consilium psychiatrique du 17 mars 2015 de la Dre M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Constatant une évolution favorable, le Dr J._____ a permis une reprise du travail à 50 % du 26 mai au 18 juin 2015 (rapport du

E. 21

mai 2015). L'assuré n'a toutefois pas repris son activité, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant, prolongeant l'arrêt de travail à 100 % par certificat du 18 mai 2015 (cf. aussi courrier de l'assuré à la CNA du 2 juin 2015). En raison de l'évolution défavorable, marquée par la recrudescence des douleurs et des limitations fonctionnelles (cf. rapport du Dr J._____ du 31 juillet 2015 et rapport du Dr L._____ du 10 août 2015), la CNA a adressé l'assuré au Dr G._____ pour qu'il procède à un examen final. Dans son rapport du 31 août 2015, le médecin d'arrondissement a posé les diagnostics de lombalgies chroniques avec sciatalgies non déficitaires à droite, de status après fracture de l'apophyse transverse droite de la vertèbre L2 (22 juillet 2014), de status après contusion du coude droit (22 juillet 2014), de status après fracture de la tête radiale du coude à droite (2010), de probable tendinopathie de la patte d'oie du genou à droite, de neuropathie du nerf cubital à gauche et de varices du membre inférieur gauche. Il a estimé que l'état de santé

- 4 - était stabilisé sur le plan somatique et que la symptomatologie dépassait largement ce qu'on pouvait attendre au vu de l'examen physique et des bilans paracliniques chez un assuré qualifié de très démonstratif et présentant un comportement d'invalidé marqué. Le Dr G. _____ a estimé la capacité de travail au taux de 100 % dans une activité adaptée (travail sédentaire ou semi-sédentaire permettant l'alternance de la position debout et de la position assise, éviter les travaux en position penchée en avant ou en porte-à-faux, ainsi que le port de charges de plus de 5 kg). Il n'a pas fait état de séquelle entraînant une atteinte à l'intégrité. Interpellé par la CNA, le Dr G. _____ a précisé le 7 septembre 2015 qu'il n'y avait pas de séquelle durable et qu'en dépit des lombalgies chroniques, qui étaient en lien de causalité possible avec l'accident, un travail adapté aux limitations fonctionnelles était exigible. Par décision du 9 octobre 2015, la CNA a mis fin à ses prestations au 18 octobre 2015, motif pris de l'absence de relation de causalité entre l'accident du 22 juillet 2014 et les troubles persistants dont l'assuré se plaignait. Le 27 octobre 2015, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision du 9 octobre 2015. Par décision sur opposition du 10 novembre 2015, la CNA a admis l'opposition de l'assuré et invité son agence à mettre en œuvre une expertise pour déterminer si l'assuré souffrait ou pas de troubles accidentels organiques invalidants au niveau du rachis lombaire. Le 18 avril 2016, la CNA a confié un mandat d'expertise au Dr P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a procédé aux examens utiles le 10 mai 2016. Dans son rapport du 11 juillet 2016, le Dr P. _____ a retenu que l'assuré avait développé un trouble de la statique rachidienne à la suite de la fracture du processus transverse à droite consécutive à l'accident du 22 juillet 2014 (p. 7). Il a estimé que le trouble en question

- 5 - était en relation de causalité avec l'accident (ibid.). Bien que l'assuré ne souffrait plus d'une atteinte structurelle secondaire à l'accident, le tableau clinique retenu par le Dr P. _____ était celui d'une atteinte fonctionnelle, à savoir d'une contracture et d'une inclinaison vers la gauche de tout le rachis, toutes deux liées à l'atteinte structurelle post-traumatique initiale (ibid.). Il a indiqué qu'en cas de prise en charge physiothérapeutique suivie et bien réalisée, une amélioration de la symptomatologie dans un délai de six mois environ était à espérer. Selon ce spécialiste, une reprise du travail ne pouvait pas être exigée lorsqu'il a examiné l'assuré, bien que ce dernier ne présente « aucun critère pour une rente d'invalidité » (p. 8). S'agissant du pronostic, le Dr P. _____ a indiqué qu'une activité professionnelle pourrait être reprise dans les six mois dans n'importe quel domaine, pour autant que la contracture musculaire chronique soit traitée par une prise en charge physiothérapeutique adaptée (p. 9). Le 7 novembre 2016, la CNA a requis un complément d'expertise. Le 6 décembre 2016, le Dr P. _____ a précisé qu'une prise en charge adéquate du trouble de la statique rachidienne était nécessaire. Il a estimé qu'une activité adaptée (sans port de charges lourdes) était exigible au taux de 50 % « immédiatement », avec augmentation graduelle pour parvenir à un taux de 100 % dans les six mois selon l'évolution clinique. A terme, il a estimé qu'il ne subsisterait pas de handicap empêchant la reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit. L'assuré a bénéficié d'un deuxième séjour à la H. _____ du 3 au 31 mai 2017. Au terme du séjour, dans leur rapport du 6 juin 2017, le Dr J. _____ et la Dre Q. _____, médecin-assistante, ont notamment posé les diagnostics de troubles dégénératifs lombaires et de possible meralgie paresthésique à gauche. Ils ont toutefois retenu, à titre d'« antécédents », une neuropathie focale du nerf ulnaire gauche en 2015, ne laissant actuellement aucune séquelle, une tendinopathie de la patte d'oie du genou gauche en 2015, une tendinopathie de l'insertion

des muscles épicondyliens externes du coude droit en 2015, une fracture de l'apophyse transverse au niveau de la vertèbre L2 à droite le 22 juillet 2014 et une

- 6 - fracture de la tête radiale droite en 2010 (p. 1). Les médecins de la H. _____ ont souligné de nombreuses discordances, la fluctuation du comportement douloureux selon les circonstances et une faible participation aux thérapies (cf. pp. 4-5 : contraste entre d'une part l'ampleur des plaintes, de la mobilité et du comportement douloureux en consultation ou en traitement et d'autre part l'aisance de la gestuelle observée hors contexte médical ; incohérences dans certains exercices). Ils ont précisé que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées. Les troubles dégénératifs lombaires ne présentaient pas de lien avec les plaintes. Le Dr J. _____ et la Dre Q. _____ ont tout au plus constaté des dysfonctions segmentaires vertébrales gênantes et un examen neurologique normal à l'exception d'une possible meralgie parasthésique gauche ne limitant pas la capacité de travail (p. 4). Ils ont considéré que la situation était stabilisée sur le plan médical, faisant toutefois état d'un pronostic de réinsertion professionnelle défavorable en raison de l'influence de facteurs sortant du champ médical. De leur point de vue, il n'existait plus de lien de causalité entre l'accident et les troubles actuels, médicalement mal expliqués (p. 5). Sont annexés au rapport de la H. _____, l'examen par électroneuromyographie (ENMG) du Dr L. _____ (rapport du 17 juillet 2017) et le consilium psychiatrique de la Dre M. _____ (rapport du 5 mai 2017). Interrogé par la CNA, le Dr G. _____ a estimé le 30 juin 2017 que la situation était stabilisée. Il a en outre confirmé ses précédents rapports des 31 août 2015 et 7 septembre 2015. Le 12 juillet 2017, la CNA a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 31 juillet 2017. Le 22 août 2017, l'assuré a contesté la cessation du versement des indemnités journalières. Les médecins traitants de l'assuré, à savoir la Dre S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr N. _____, ont

- 7 - régulièrement prolongé l'arrêt de travail à 100 % (cf. notamment certificats des 21 septembre, 27 octobre et 21 décembre 2017 [Dre S. _____] ainsi que des 19 septembre, 26 octobre et 18 décembre 2017 [Dr N. _____]). Par décision du 12 octobre 2017, confirmée sur opposition le 28 décembre 2017, la CNA a refusé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et une indemnité pour atteinte à l'intégrité, motifs pris que l'assuré présentait un degré d'invalidité inférieur à 10 % et qu'il n'existait pas d'atteinte importante à l'intégrité. Dans un rapport du 20 octobre 2017, le Dr P. _____ a confirmé le diagnostic de status post-fracture du processus transverse droit de la vertèbre L2 au mois de juillet 2014. Il a indiqué que l'assuré se plaignait encore de douleurs lombaires et se tenait avec un shift gauche de la colonne dorso-lombaire, décalée d'environ une dizaine de degrés sur la gauche. Il a estimé que les douleurs pouvaient être imputables au shift de la colonne vertébrale, raison pour laquelle de la physiothérapie était préconisée, ainsi que la marche avec une canne légèrement sur-décalée du côté gauche de façon à redresser le dos. Par décision du 28 décembre 2017, confirmée sur opposition le 7 février 2018, la CNA a mis fin aux indemnités journalières et à la prise en charge du traitement avec effet dès le 31 juillet 2017, au motif que l'état de santé de l'assuré était stabilisé. B. Le 13 mars 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI). Par décision du 5 février 2016, l'office AI a refusé à l'assuré une rente d'invalidité et des mesures professionnelles faute de préjudice économique. Il a retenu qu'une capacité de travail de 100 % était exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas

de port

- 8 - répété de charges lourdes, pas de travail fréquent en position en porte-à-faux) et ce, depuis le mois d'avril 2015. Le 28 avril 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a confié un mandat d'expertise psychiatrique à la Dre T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 10 janvier 2019, cette spécialiste a posé les diagnostics d'épisode dépressif léger (F32.0) sans syndrome somatique et de suspicion de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Elle a estimé la capacité de travail dans l'activité habituelle de peintre en bâtiment à 0 % en raison du risque de chute inhérent aux troubles présentés par l'assuré (troubles du sommeil, irritabilité, impulsivité occasionnelle). L'intéressé présentait en revanche une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée (environnement calme, sans stress et sans risque de chute) avec un traitement psychotrope adéquat. Après que l'assuré se soit engagé à suivre le traitement psychiatrique précité (déclaration écrite du 4 juillet 2019), l'office AI a octroyé à l'assuré une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1er novembre 2016 avec une révision prévue en juillet 2020. C. a) Entre temps, par acte du 9 janvier 2018, R. _____, représenté par Me _____, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition rendue le 28 décembre 2017 par la CNA. Il a conclu, principalement, à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents d'au moins 80 % dès le 1er août 2017 et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux d'au moins 20 %. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. L'assuré a requis la suspension de la cause jusqu'à droit connu sur la décision mettant un terme au versement des indemnités journalières et des traitements médicaux, la mise en œuvre d'une

- 9 - expertise pluridisciplinaire ainsi que la production de son dossier auprès de l'assurance-invalidité. Il a également demandé que l'assistance judiciaire lui soit octroyée. A l'appui de son recours, l'intéressé allègue que son état de santé ne serait pas stabilisé, de sorte qu'il serait prématuré de statuer sur le droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents et sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il reproche à l'intimé d'avoir nié le caractère séquellaire et incapacitant des lombalgies chroniques. Il soutient que les troubles psychiques qui l'affectent ont été causés par l'accident, qu'il estime de gravité moyenne. Compte tenu des nombreuses hospitalisations, d'un traitement insuffisant et de la durée du traitement médical, le lien de causalité adéquate serait établi. S'agissant de la rente, il reproche à l'intimé de ne pas avoir procédé à un abattement sur le revenu d'invalidité, ainsi que l'absence de justification concernant celui-ci. Concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il se prévaut de deux affaires concernant des troubles lombaires et des douleurs causées à la colonne lombaire pour réclamer une indemnité d'un taux d'au moins 20 %. Le tribunal a ouvert une procédure de recours sous le numéro de cause AA 6/18. Par réponse du 11 avril 2018, la CNA, représentée par Me Antoine Schöni, a proposé le rejet du recours. Elle conteste que les troubles psychiques soient en relation de causalité adéquate avec l'accident. Elle relève que ce dernier était banal et que même s'il s'agissait d'un accident de gravité moyenne, les critères déterminants ne seraient pas réunis. Fondée sur les rapports de la H. _____ du 6 juin 2017 et du Dr P. _____ du 6 décembre 2016, la CNA soutient que les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées durant le séjour du recourant et qu'une reprise immédiate du travail était exigible à 50 % au moment de la consultation chez le Dr

P._____, pour être augmentée progressivement à 100 % dans les six mois. En outre et quand bien même le recourant présenterait des séquelles accidentelles de nature organique qui ne lui permettraient que d'exercer un travail plus léger dans l'industrie respectant les limitations, la perte de gain resterait inférieure à 10 % et

- 10 - n'ouvrirait ainsi pas le droit à la rente. Faute de lien de causalité entre l'événement assuré et les troubles annoncés, il n'y a pas, selon l'intimée, de droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Par réplique du 7 juin 2018 et duplique du 2 juillet 2018, les parties ont maintenu leurs conclusions respectives. Le 8 juin 2018, le juge instructeur a désigné Me Kim-Lloyd Sciboz comme conseil d'office dans le cadre de la cause AA 6/18. b) Par acte du 12 mars 2018, R._____, représenté par Me Kim-Lloyd Sciboz, a également interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition rendue le 7 février 2018 par la CNA. Il a conclu, principalement, à sa réforme dans le sens de l'octroi des indemnités journalières et de la prise en charge des frais médicaux postérieurement au 31 juillet 2017. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. A l'appui de son recours, l'intéressé allègue que son état de santé n'était pas stabilisé le 31 juillet 2017. Il rappelle que, dans son rapport du 11 juillet 2016, le Dr P._____ relevait une baisse graduelle des douleurs, des contractures musculaires secondaires à la fracture, des troubles posturaux consécutifs au fait que la fracture avait été sous-estimée et proposait une prise en charge ciblée de physiothérapie. Le recourant conteste ensuite les conclusions du rapport de la H._____ du 6 juin 2017, se prévalant du rapport du 20 octobre 2017 du Dr P._____ qui confirmait que les douleurs étaient dues au shift de la colonne vertébrale et qui préconisait de la physiothérapie et l'usage d'une canne. Il se prévaut en outre des avis des Drs S._____ et N._____ qui estimaient que le recourant ne pouvait pas reprendre d'activité lucrative. Il requiert la production de son dossier auprès de l'assurance-invalidité et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire. Le tribunal a ouvert une procédure de recours sous le numéro de cause AA 56/18.

- 11 - Par réponse du 15 mai 2018, la CNA, représentée par Me Antoine Schöni, a proposé le rejet du recours. Elle se prévaut de la valeur probante du rapport de la H._____ du 6 juin 2017 et de l'analyse de son médecin d'arrondissement du 30 juin 2017 pour soutenir que la situation était stabilisée. Le 8 juin 2018, le juge instructeur a désigné Me Kim-Lloyd Sciboz comme conseil d'office dans le cadre de la cause AA 56/18. Le 14 août 2018, le recourant a maintenu ses conclusions. Il produit le rapport du Dr V._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, du 29 juin 2018. Ce spécialiste a constaté que, malgré de multiples thérapies et tentatives de réadaptation, l'assuré semblait présenter des signes de chronicisation sur le schéma corporel avec décalage gauche et douleur persistante. Selon ce spécialiste, une prise en charge multimodale de la douleur, dans un premier temps dans le cadre d'un séjour stationnaire en rééducation, pourrait permettre de réduire les symptômes, quand bien même des modifications rapides ne pouvaient pas être attendues. L'intimée s'est déterminée le 10 octobre 2018, maintenant ses conclusions. Elle est d'avis que la thérapie proposée par le Dr V._____ (rapport du 29 juin 2018) vise essentiellement le traitement des douleurs du recourant et n'est pas de nature à permettre une amélioration ou un rétablissement de sa capacité de travail. c) Le 23 avril 2019, le juge instructeur a joint les causes AA 6/18 et AA 56/18. Dans le cadre de l'instruction des causes jointes, le juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (orthopédie, rhumatologie et psychiatrie) dont il a confié la réalisation au X._____. La Dre

X.Chir. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le Dr X.Rhu. _____, spécialiste en

- 12 - rhumatologie, et le Dr X.Psy. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé aux examens utiles le 17 mars 2020. L'office AI a produit son dossier le 26 août 2020. Une copie en a été transmise aux experts. Dans leur rapport du 29 septembre 2020, les experts ont retenu les diagnostics, avec ou sans répercussion sur la capacité de travail, de status post fracture du processus transverse de L2, de status post fracture impaction non déplacée épiphysaire proximale de la partie antérieure de la tête radiale droite, de douleur lombaire sur discopathie lombaire basse L4-L5 et L5-S1 avec discrète arthrose postérieure, sans irradiation neurologique (M51.9), de meralgie paresthésique à gauche (G57.1), de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et d'accentuation de certains traits de personnalité (Z73.1) (exp., p. 77). Les experts ont estimé que l'évolution des fractures de 2014 était favorable et terminée, sans séquelles (exp., p. 77). Les lombalgies chroniques n'étaient pas dues à ces fractures. Les atteintes diagnostiquées n'entraînaient plus d'incapacité de travail sur les plans orthopédique, rhumatologique et psychiatrique. Les experts ont en revanche reconnu une incapacité de travail transitoire jusqu'au 31 octobre 2015 (ibid., p. 41). L'état de santé était par ailleurs stabilisé depuis 2017 sur le plan orthopédique (ibid., p. 42). Sur le plan rhumatologique, l'expert a admis les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste, port de charge limité à 15 à 20 kg proche du corps. Ces limitations n'étaient toutefois pas dues à des atteintes à la santé d'origine accidentelle (ibid., p. 53). Tous les experts ont précisé que l'examen clinique avait été très compliqué, tous les mouvements étant notamment décrits comme douloureux et l'assuré présentant une faible collaboration. Il y avait une exagération marquée de toute la symptomatologie (ibid., pp. 39-40, 45-47, 49, 61-62, 65-67 et 78). Les douleurs décrites par l'assuré étaient peu systématisées et concernaient à peu près toutes les

- 13 - parties du corps (ibid., p. 40), les experts relevant plusieurs incohérences (ibid., pp. 49 et 78). La description des douleurs n'était notamment pas corrélée objectivement aux mouvements effectués (ibid., p. 40). L'expert psychiatre a estimé pour son domaine de spécialité que les diagnostics posés sur le plan psychiatrique étaient sans rapport de causalité avec l'accident et qu'ils n'entraînaient au demeurant pas d'incapacité de travail (ibid., pp. 70-72). Par avis du 16 octobre 2020, le juge instructeur a soumis aux parties le rapport d'expertise. Le 4 décembre 2020, l'intimée a proposé d'interpeller les experts sur la question de la date de stabilisation de l'état de santé de l'assuré, maintenant pour le surplus ses conclusions. Pour sa part, le recourant a maintenu ses conclusions le 8 février 2021, sans autre commentaire. Le 4 mars 2021, le juge instructeur a informé les parties que la cause paraissait en l'état d'être jugée et requis la liste des opérations de Me Sciboz. Ce dernier a produit la liste précitée le 17 mars 2021. 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).

- 14 - 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 ; BLV

173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit aux indemnités journalières et à la prise en charge des soins médicaux pour la période postérieure au 31 juillet 2017 (décision sur opposition du 7 février 2018). Il porte également sur le droit à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité dès la fin du droit aux indemnités journalières (décision sur opposition du 28 décembre 2017). 3. Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du

E. 25

septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1er janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour un accident survenu le 22 juillet 2014, avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015, sont en effet régies par l'ancien droit. 4. a) 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. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche,

- 15 - que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2).] c) 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 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 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En vue de juger du caractère adéquat du lien de

causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à

- 16 - la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis pas la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_567/2017 du 12 mars 2018 consid. 5.1). Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ;

- 17 - - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées). Pour un accident bénin, la jurisprudence exige un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière pour admettre le caractère adéquat de l'atteinte psychique (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 5.1 et la référence citée). 5. a) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (cf. art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (cf. art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et 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 (cf. art. 16 al. 2 LAA). Si l'assuré est invalide (cf. art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (cf. 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 (cf. art. 19 al. 1 LAA). b) L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical ainsi qu'aux indemnités journalières et le droit à la

- 18 - rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (TFA U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a). Pour qu'il soit possible de statuer sur la rente, il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (cf. TF 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.1 et 5.2 avec la jurisprudence citée). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées). L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (TFA U 244/04 consid. 3.1). L'évolution de l'état de santé de la personne assurée doit être établie avec une vraisemblance prépondérante sur la base d'un pronostic et non sur la base de constatations rétrospectives (TFA U 244/04 consid. 3.1 avec références citées ; TF 8C_29/2010 du 27 mai 2010 consid. 4.2). c) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2). 6. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans

- 19 - 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 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus

vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de la personne assurée en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées). c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert

- 20 - 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 (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). 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 citées ; TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées). 7. a) En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'examen par le Dr V. _____ le 27 juin 2018. Dans son rapport du 28 juin 2018, ce spécialiste a relevé que l'inclinaison du rachis vers la gauche, également constatée par le Dr P. _____ (rapport d'expertise du 11 juillet 2016, p. 7), permettait de limiter les douleurs. Il préconisait une thérapie multidisciplinaire en milieu hospitalier suivie immédiatement d'un traitement ambulatoire. Le Dr V. _____ espérait que les ressources du recourant permettraient une évolution favorable, sans toutefois que celle-ci soit attendue rapidement. Les arguments avancés par ce spécialiste, qui rejoignait pour partie l'avis du Dr P. _____, étaient de nature à éveiller des doutes sur la validité des constatations de la H. _____ et du Dr G. _____. Le Dr V. _____ évoquait également des symptômes d'ordre psychique (flashback, modification de la personnalité) chez un assuré au bénéficiaire d'une rente AI pour des troubles psychiatriques. Dans ce contexte, le juge instructeur a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire pour définir un tableau complet des conséquences somatiques et psychiques de l'accident sur l'état de santé du recourant.

- 21 - b) Sur le plan somatique, il convient de se référer aux rapports spécialisés de la Dre X.Chir. _____ (expertise X. _____, pp. 3 ss) et du Dr X.Rhu. _____ (ibid., pp. 43 ss), ainsi qu'à l'évaluation consensuelle (ibid., pp. 77 ss). Les conclusions somatiques s'avèrent probantes et confirment les constatations de la H. _____ et du médecin d'arrondissement pour les motifs qui suivent. aa) La Dre X.Chir. _____ retient les diagnostics de status post fracture du processus transverse de L2 et de status post fracture impaction non déplacée épiphysaire proximale de la partie antérieure de la tête radiale droite (expertise X. _____, p. 36). Invitée à se prononcer sur la causalité entre l'accident et la persistance des douleurs lombaires ainsi que sur l'évolution depuis le jour du sinistre, elle admet, de manière probable, la causalité en ce qui concerne la fracture radiale et celle de l'apophyse transverse L2 à droite, observant néanmoins que la première s'est résorbée depuis lors. Elle précise que de telles fractures bénéficient généralement d'un excellent

pronostic avec une disparition des douleurs dans les trois à six mois après l'accident. A la question de savoir si l'accident a aggravé de manière passagère ou déterminante une atteinte à la santé préexistante, elle répond par la négative. De cela, elle infère que les lombalgies chroniques dont souffre le recourant ne sont plus une conséquence de l'accident. En effet, les plaintes sont principalement localisées du côté gauche et situées au niveau lombaire bas tandis que la fracture de l'apophyse transverse était à droite et plus haute (L2). Elle explique que les lombalgies peuvent être expliquées par les kystes inter- apophysaires et par l'usure naturelle de la colonne lombaire, évoluant vers l'arthrose. Quant à la cruralgie à gauche, elle pouvait s'expliquer par l'enthésopathie de l'aponévrose du muscle moyen fessier. Elle estime aussi que l'ensemble des symptômes est aggravé par le surpoids (BMI=30) et par la faiblesse de la sangle abdominale. Sur la base de son examen clinique (signes de Waddel), elle estime que les plaintes sont exagérées et que cela aboutit à une chronicisation des douleurs lombaires (ibid., pp. 36-38). La Dre X.Chir._____ est d'avis que les atteintes orthopédiques sont résolues et qu'elles ne limitent pas la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle comme dans toutes

- 22 - autres activités. Elle n'admet qu'une incapacité de travail entre le 22 juillet 2014, date de l'accident, et le 30 octobre 2015 (ibid., pp. 38-41). Elle estime que l'état de santé est stabilisé depuis 2017 (ibid., p. 42). bb) Sur le plan rhumatologique, le Dr X.Rhu._____ pose les diagnostics de douleur lombaire sur des discopathies lombaires basses au niveau des vertèbres L4-L5 et L5-S1 avec discrète arthrose postérieure, sans irradiation neurologique, et de meralgie paresthésique à gauche (expertise X._____, p. 48). A l'instar de la Dre X.Chir._____, il expose que l'accident a entraîné une fracture post-traumatique de l'apophyse transverse de L2 et une fracture impaction non déplacée de la tête radiale du coude droit. La causalité est qualifiée de certaine. Il relève que la douleur du coude droit s'est progressivement améliorée et que le recourant ne présente aucune séquelle de cette fracture. Il constate une péjoration de la situation sur le plan algique au niveau lombaire, mais aussi de manière plus générale (épaule droite, poignet droit, genou gauche), sans qu'une origine ostéo-articulaire ne puisse être identifiée dans le dossier radiologique. Au niveau lombaire, il constate la consolidation de la fracture de l'apophyse transverse de L2 et la présence d'une discopathie lombaire basse avec une discrète arthrose postérieure, considérée comme « normales, étant donné l'activité de peintre en bâtiment qu'effectuait l'expertisé ». Il ne retient aucune séquelle objective anatomique de l'accident. Sur le plan de l'évolution depuis le jour de l'accident, il observe que, malgré la consolidation des fractures, une attitude antalgique (légèrement penché en avant et sur le côté gauche) persistait dans le contexte d'un assuré qualifié d'« extrêmement démonstratif » qui faisait preuve d'une résistance importante à l'examen et montrait des incohérences sur le plan clinique. Ni les fractures ni l'examen clinique et les autres examens complémentaires ne permettaient d'expliquer les douleurs lombaires, leur importance et leur persistance (ibid., pp. 49-51). Le Dr X.Rhu._____ réfute que l'état actuel du recourant soit en lien avec l'accident dans le cadre de fractures consolidées. En raison des troubles dégénératifs, l'activité de peintre en bâtiment n'était plus exigible, mais une activité adaptée demeurait exigible à 100 % 6 mois après le traumatisme (ibid., pp. 53-54).

- 23 - cc) En consilium, les experts concluent que les conséquences orthopédiques de l'accident sont actuellement réglées et non incapacitantes ; les seuls éléments limitant la capacité de travail dans l'activité antérieure sont les discopathies lombaires, dont on rappelle toutefois le caractère dégénératif et sans conséquence sur l'exercice d'une activité

adaptée (expertise X. _____, p. 78). dd) Au terme du premier séjour à la H. _____, les médecins de cet établissement ont estimé que les douleurs et l'hypertonie musculaire au niveau lombaire à droite pouvaient encore s'expliquer par les suites de la fracture de l'apophyse transverse droite de la vertèbre L2 et prolongé l'arrêt de travail à 100 % jusqu'au 20 mai 2015 (rapport du 24 mars 2015). Alors que le Dr J. _____, constatant une évolution favorable, a permis une reprise au taux de 50 % dès le 26 mai 2015 (rapport du 21 mai 2015), le médecin-traitant du recourant a prolongé l'arrêt de travail à 100 % par certificat du 18 mai 2015. A la suite de nouveaux examens à la H. _____ (cf. rapport du Dr J. _____ du 31 juillet 2015 et rapport du Dr L. _____ du 10 août 2015), le Dr G. _____ a examiné l'assuré (rapport du 31 août 2015). Même si la CNA a demandé la mise en œuvre d'une expertise confiée au Dr P. _____ (décision sur opposition du 10 novembre 2015 ; mandat du 18 avril 2016), l'appréciation du Dr G. _____ est très similaire à celle de la Dre X.Chir. _____ (comp. expertise X. _____, pp. 36-38) s'agissant de l'évolution subjective (qualifiée de non satisfaisante), des signes de non-organicité (tous présents), de la symptomatologie décrite par le recourant qui dépassait largement ce qu'on pourrait attendre au vu de l'examen physique, des bilans paracliniques effectués, du comportement démonstratif marqué, de la date de la reprise du travail (octobre 2015) et de l'absence de séquelles durables (voir aussi rapport du 7 septembre 2015 du Dr G. _____). Le Dr P. _____ conclut au développement d'un trouble de la statique rachidienne à la suite de la fracture du processus transverse à

- 24 - droite consécutive à l'accident du 22 juillet 2014, atteinte structurelle secondaire à l'accident (rapport du 11 juillet 2016, p. 7, ch. 1). Il n'en demeure pas moins que le Dr P. _____ a surtout remis en cause l'absence de traitement adéquat. En effet, si celui-ci est convaincu qu'une physiothérapie adéquate permettrait de résoudre l'inclinaison du rachis, il a expliqué de manière claire qu'il ne subsisterait à terme aucun handicap empêchant la reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit (complément d'expertise du 6 décembre 2016). A la suite des rapports du Dr P. _____, l'assuré a bénéficié d'une nouvelle prise en charge à la H. _____. Le rapport du 6 juin 2017 de ce centre de réadaptation corrobore l'appréciation de la Dre X.Chir. _____ et du Dr X.Rhu. _____. En effet, sur le plan du comportement, les médecins de la H. _____ relatent de nombreuses discordances, la fluctuation du comportement douloureux selon les circonstances et une faible participation aux thérapies. Les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées. Le Dr J. _____ et la Dre Q. _____ estiment que les troubles dégénératifs lombaires ne sont pas en lien avec les plaintes de l'assuré. A l'instar des experts (comp. Expertise X. _____, pp. 37-38 et pp. 51-52), les médecins de la H. _____ réfutent tout lien de causalité entre l'accident et les troubles observés. On relève encore que lorsque le recourant a consulté, de son propre chef, le Dr P. _____, celui-ci n'a fait que relayer ses plaintes, sans se prononcer sur la stabilisation du cas (rapport du 20 octobre 2017). L'appréciation des experts concorde enfin avec l'avis du Dr G. _____ (rapport du 30 juin 2017 confirmant la stabilisation et ses précédents rapports des 31 août 2015 et 7 septembre 2015). C'est donc de manière convaincante que la H. _____ (rapport du 6 juin 2017), puis les experts (expertise X. _____, pp. 37, 49, 70 et 78), ont considéré que la situation était stabilisée et que la persistance du trouble de la statique rachidienne ressortait de facteurs non médicaux.

- 25 - ee) Pour ces motifs, on ne saurait nier la stabilisation de l'état de santé au 31 juillet 2017 en raison de la proposition faite par le Dr V._____ dans son rapport du 29 juin 2018 d'un nouveau séjour stationnaire pour une prise en charge multimodale de la douleur. Si son rapport a pu motiver un complément d'instruction, il ne justifie pas, désormais, de s'écarter des constatations des experts judiciaires. A cet égard, il est constant que suite au dépôt du rapport du Dr P._____ le 11 juillet 2016, le recourant avait connaissance de l'opportunité de se soumettre à une physiothérapie, ce qu'il n'a pas fait et qui témoigne de sa faible participation aux traitements, ce que les médecins de la H._____ ont d'ailleurs constaté (rapport du 6 juin 2017) et qui s'inscrit d'ailleurs dans le diagnostic de majoration des symptômes physiques retenu par l'expert psychiatre du X._____ (expertise X._____, pp. 66-68). Reste que sur le plan de la valeur probante, son rapport ne décrit ni la documentation médicale dont il disposait, ni précisément les examens cliniques effectués. Il ne se détermine pas sur le lien de causalité entre les atteintes visées par le traitement proposé et l'accident. ff) Ce faisant, les experts ont établi un rapport d'expertise convaincant sur lequel il convient de se fonder. Les appréciations de la Dre X.Chir._____ et du Dr X.Rhu._____ sont établies en pleine connaissance du dossier médical du recourant, en particulier des rapports médicaux précités de leurs confrères (notamment celui de la H._____ du 6 juin 2017). Les experts ont également expliqué de manière concordante que l'accident n'a pas causé de séquelles ni de répercussions durables sur la capacité de travail et que les troubles dégénératifs lombaires ne sont pas liés au sinistre. L'expertise confirme finalement dans une large mesure les constatations déjà effectuées par le Dr G._____ (spécialement rapport d'examen final du 31 août 2015, complément du 7 septembre 2015, rapport du 30 juin 2017) et les médecins de la H._____ (spécialement rapports des 21 mai 2015, 31 juillet 2015 et 6 juin 2017) sur lesquelles s'était appuyée l'intimée. Elle confirme en particulier une stabilisation de l'état de santé du recourant le 31 juillet 2017, comme l'avaient constaté

- 26 - les médecins de la H._____. A cet égard, on observera que l'experte orthopédiste du X._____ n'admet déjà plus d'incapacité de travail d'origine accidentelle à partir du 31 octobre 2015 déjà et que l'expert rhumatologue indique une pleine capacité de travail dans une activité adaptée six mois après l'accident. Dès lors, la solution retenue par l'intimée apparaît bienveillante et favorable au recourant. La décision attaquée doit ainsi être confirmée sur le plan somatique. c) Sur le plan psychiatrique, le Dr X.Psy._____ n'admet ni lien de causalité entre les atteintes constatées et l'accident, ni incapacité de travail en raison des atteintes constatées (expertise X._____, pp. 71- 74). aa) Alors que le recourant bénéficie d'une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1er novembre 2016, conditionnée à la poursuite d'un traitement psychiatrique intégré (cf. déclaration écrite du 4 juillet 2019), ceci sur la base d'un diagnostic d'épisode dépressif léger constaté par la Dre T._____, le Dr X.Psy._____ conteste, non sans argument, les conclusions de ce rapport d'expertise mis en œuvre par l'office AI. Il ne retient qu'une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques dans le cadre d'une accentuation de certains traits de personnalité, sans toutefois exclure un épisode dépressif transitoire (expertise X._____, pp. 66-67 et p. 69 ; cf. aussi rapport de la H._____ du 6 juin 2017, p. 4). Le Dr X.Psy._____ a exclu toute causalité naturelle entre l'accident et les troubles présentés. Il relève plutôt des facteurs non médicaux, tels que des difficultés conjugales et des discordances dans le comportement du recourant (ibid., pp. 66-67). Ces facteurs personnels sont aussi retenus par la Dre M._____ dans le cadre des séjours dont le recourant a bénéficié à la H._____ (consilium du 17 mars 2015, rapport du 6 juin

2017, p. 4). Il n'y a donc pas lieu de constater une atteinte invalidante à la santé psychique en relation de causalité naturelle avec l'accident. bb) Indépendamment de ce qui précède, le rapport de causalité adéquate entre une atteinte à la santé psychique et l'accident ne

- 27 - peut pas être constatée. En effet, si le fait de chuter d'un échafaudage de 50 cm en se réceptionnant sur le coude et la région lombaire a pu subjectivement revêtir chez l'intéressé un caractère relativement impressionnant, le déroulement de l'accident n'apparaît pas du point de vue objectif – seul déterminant en l'espèce – particulièrement dramatique. Ainsi, cet accident peut, tout au plus, être qualifié de gravité moyenne à la limite d'un accident bénin, au vu des forces générées. Dans un tel cas de figure, pour que l'on puisse admettre le caractère adéquat de l'atteinte psychique, il faut un cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence ou que l'un des critères se manifeste avec une intensité particulière (cf. consid. 4 c/bb ci-dessus). Or tel n'est pas le cas en l'espèce. En effet, l'événement litigieux ne présentait pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques et n'a pas causé de lésions physiques propres à entraîner des troubles psychiques. Les conséquences du traumatisme sont objectivement mineures (rapport du Dr J. _____ du 31 juillet 2015). De même, il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical. Il n'existe pas d'indices pour admettre des difficultés ou des complications importantes au cours de la guérison. Tout au plus, il convient de relever que le recourant n'a guère collaboré au traitement dès lors que la H. _____ a proposé un retour au travail (rapport du 21 mai 2015). Il n'a pas davantage profité de l'opportunité de suivre les conseils du Dr P. _____ quant à la physiothérapie (rapport du 11 juillet 2016). Au final, les médecins de la H. _____ estiment que l'intéressé a fait preuve d'une faible participation aux thérapies quand il n'a pas refusé certains examens (rapport du 6 juin 2017 ; voir aussi rapport du Dr L. _____ du 10 août 2015). Ces circonstances sont propres à ralentir le processus de guérison. Quant aux conditions des douleurs physiques persistantes, à la durée du traitement médical, aux complications apparues au cours de la guérison et au degré et à la durée de l'incapacité de travail, il y a lieu de relever que les experts ayant examiné le recourant ont indiqué que les problématiques décrites par ce dernier n'étaient pas en lien avec leurs observations objectives (expertise X. _____, pp. 37-38 et pp. 51-52) dans le cadre de facteurs contextuels jouant un rôle important (Ibid., pp. 66-67). Or l'intensité des douleurs doit être examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement

- 28 - qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 ; TF 8C_459/2017 du 16 avril 2018 consid. 5.2). Il n'y a pas eu de complications dans le traitement des atteintes somatiques et le fait que la fracture non déplacée du tiers distal et de l'apophyse transverse droite n'ait été constatée qu'à la mi-août 2014 (comp. rapport de l'Hôpital B. _____ du 22 juillet 2014, rapport du Dr F. _____ du 15 août 2014 et les IRM du coude droite et de la colonne lombaire du 12 août 2014) n'a eu aucune conséquence sur le traitement et l'évolution des atteintes, comme l'a constaté le Dr X.Rhu. _____ (expertise X. _____, pp. 51-52). Ainsi, il n'est pas démontré – au degré de la vraisemblance prépondérante – qu'un seul des critères serait rempli, de sorte qu'il y a lieu de nier l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre les éventuels troubles psychiques du recourant et l'événement litigieux. d) Au vu de ce qui précède, l'intimée a mis fin à juste titre aux indemnités journalières et à la prise en charge des soins médicaux dès le 31 juillet 2017. C'est aussi à juste titre qu'elle a refusé l'octroi d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le recourant ne présente en effet aucune séquelle

invalidante de l'accident et son état de santé était stabilisé avec effet dès le 31 juillet 2017 au plus tard. e) En l'absence de rente, le recourant n'a pas non plus droit à la poursuite de la prise en charge du traitement médical (art. 21 LAA). 9. a) Au vu de ce qui précède, les recours doivent être rejetés et les décisions sur opposition des 28 décembre 2017 et 7 février 2018 doivent être confirmées. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA). c) Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

- 29 - 10. a) Par décisions du 8 juin 2018, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 5 janvier 2018, respectivement du 12 mars 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Sciboz (art. 118 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le 17 mars 2021, ce dernier a produit une liste des opérations accomplies pour son mandat d'office et demandé l'indemnisation d'un peu plus de 51 heures de travail, ainsi que des débours. b) Dans le cadre de l'assistance judiciaire, seules les opérations nécessaires à la procédure de recours devant le tribunal sont indemnisées à l'exclusion de celles relatives à la procédure administrative (art. 61 let. f LPGA et art. 37 al. 4 LPGA a contrario). Le montant de la rémunération de l'avocat d'office relève du droit cantonal (Jean Métral in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 96 ad art. 61 LPGA). La loi cantonale sur la procédure administrative prévoit en l'occurrence que les dispositions régissant l'assistance judiciaire en matière civile sont applicables par analogie (art. 18 al. 4 et 5 LPA-VD). Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office ; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès. Il applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [Règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En matière d'assurances sociales, le conseil d'office peut être amené à accomplir dans le cadre du procès des démarches qui ne sont pas déployées devant les tribunaux, telles que recueillir des

- 30 - déterminations de son client ou de la partie adverse ou encore rechercher une transaction. De telles opérations doivent également être prises en compte (ATF 122 I 1 consid. 3a ; ATF 117 la 22 consid. 4c et les références citées). Cependant, le temps consacré à la défense des intérêts du client et les actes effectués ne peuvent être pris en considération sans distinction. Ainsi, le juge peut d'une part revoir le temps de travail allégué par l'avocat, s'il l'estime exagéré en tenant compte des caractéristiques concrètes de l'affaire, et ne pas rétribuer ce qui ne s'inscrit pas raisonnablement dans le cadre de l'accomplissement de sa tâche ; d'autre part, il peut également refuser d'indemniser le conseil pour des opérations qu'il estime inutiles ou superflues (CREC 2 juin 2015/208 consid. 3b/ba). c) En l'occurrence, la liste des opérations présentées par Me Sciboz comprend des actes accomplis pour la procédure administrative, notamment pour l'étude du dossier, la rédaction d'une opposition, d'un bordereau et d'un courrier électronique, ainsi que des recherches juridiques, pour 3h30 au total. Ces actes ne peuvent pas être indemnisés par

l'assistance judiciaire allouée pour la procédure de recours. Par ailleurs, s'il est vrai que la procédure portait dans un premier temps sur deux procédures séparées, qui ont donné lieu chacune à un double échange d'écriture, elle a néanmoins donné lieu à une jonction des causes et à une seule procédure d'instruction dès le 23 avril 2019. Les deux causes portaient par ailleurs sur le même complexe de fait, de sorte que la connaissance approfondie du dossier dans la première procédure impliquait un temps d'étude notablement raccourci pour le second dossier. Au total, Me Sciboz a fait état de 15 heures 40 de travail pour la rédaction des deux recours – dont les parties en fait sont quasiment identiques – et des bordereaux, ainsi que pour l'étude du dossier et les recherches juridiques. Le temps admis pour ces opérations doit être réduit à 13 heures. Par ailleurs, dans ses réponses aux recours, l'intimée n'a pas allégué de faits ni soulevé d'argument fondamentalement nouveau ; elle n'a pas davantage déposé de nouvelle pièce par rapport à celle figurant déjà à son dossier au moment de statuer. On ne peut ainsi pas admettre un temps supplémentaire d'étude du dossier de 2 heures les 4 et 5 juin 2018, de 1 heure 42 pour la rédaction de la réplique du 7 juin 2018

- 31 - dans la cause AA 6/18 et de 1 heure 36 supplémentaire pour une réplique quasiment identique dans la cause AA 56/18 au mois d'août 2018, à trois paragraphes près dans la dernière page. A la même période, 30 minutes ont été facturées pour une simple lettre accompagnant le dépôt d'un certificat médical, ce qui est excessif. Ces différentes opérations, pour un total arrondi à 5 heures 50, doivent être réduites à 1 heure 50. On réduira également à 2 heures 30 au lieu de 3 heures 06 les opérations accomplies les 19, 21 et 24 juin 2019 sous les titres « Etude dossier (questions expert), lecture expertise et dossier Al, étude dossier et L à Casso ». Enfin, Me Sciboz fait état d'un nombre particulièrement élevé de courriers et courriers électroniques à son mandant, soit près de 85, pour un total de près de 15 heures de travail. C'est manifestement excessif et l'on n'admettra pas davantage que 7 heures de travail à ce titre. d) Au final, il convient ainsi de réduire la liste des opérations présentée par Me Sciboz d'un peu moins de 17 heures 40 et de la ramener à 34 heures. On soulignera que ce total reste très supérieur à ce qui est généralement admis dans ce type de dossier. Pour le surplus, les débours sont forfaitaires et correspondent à 5 % des honoraires admis hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ). Au total, l'indemnité d'office allouée à Me Sciboz se montera donc à 6'920 fr. pour un tarif horaire de 180 fr., débours et TVA compris. L'indemnité d'office sera provisoirement supportée par le canton. Le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser ce montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. a et 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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