

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 septembre 2017

Composition : Mme THALMANN, présidente
MM. Berthoud et Gutmann, assesseurs
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

K. _____, à [...] (Kosovo), recourant, représenté par Me Olivier Boschetti,
avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 6 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré), ressortissant kosovar né en 1980, sans titre de séjour, travaillait depuis le 1^{er} août 2011 dans une entreprise de démolition en tant que manœuvre auxiliaire. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA).

Le 3 juillet 2013, alors qu'il œuvrait sur un chantier, l'assuré a chuté et s'est blessé au dos. Il a été mis en arrêt de travail dès le lendemain à la suite d'une consultation auprès du Dr Y._____, médecin généraliste traitant.

L'événement du 3 juillet 2013, initialement déclaré auprès de C._____ [...] (ci-après : C._____) en sa qualité d'assurance perte de gain en cas de maladie, a été annoncé à la CNA le 13 août 2013.

Dans l'intervalle, à la demande du Dr Y._____, une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire a été réalisée le 15 juillet 2013. Dans son rapport y relatif, le Dr N._____, radiologue, a conclu à une discrète sténose du canal de conjugaison droit en L3-L4 par une petite structure tissulaire iso-intense au disque avec probable hernie migrée, à une atteinte dégénérative du ligament jaune associée, à une contrainte intra-foraminale de la racine L3 droite et à une légère rectitude sagittale.

Aux termes d'un certificat médical LAA du 11 septembre 2013, le Dr Y._____ a signalé, à titre de constatations objectives, des lombalgies et douleurs à la fesse droite, ainsi que des douleurs irradiantes au niveau du pied droit. Le 30 septembre suivant, ce médecin a posé le diagnostic de hernie L3-L4 probablement migrée avec contrainte intra-foraminale de la racine L3, tout en relevant que la symptomatologie douloureuse persistait avec des paresthésies au niveau du membre inférieur droit.

Le 30 octobre 2013 a eu lieu un entretien entre l'assuré et un inspecteur de la CNA. A cette occasion, l'intéressé a notamment expliqué qu'alors qu'il se trouvait sur la quatrième et dernière marche d'un petit escabeau le 3 juillet 2013 avec une masse à la main pour démolir un mur, il avait chuté sur le bas du dos, plutôt du côté droit. Il a ajouté qu'il avait tout de suite eu mal à cet endroit, qu'un collègue l'avait aidé à se relever et qu'il avait quand même pu continuer à travailler. La douleur était toutefois devenue vraiment forte le lendemain matin, de sorte qu'il s'était rendu à la consultation du Dr Y._____, qui l'avait mis en arrêt de travail. Il était ensuite retourné chez ce médecin quelques jours plus tard, lorsqu'il avait commencé à avoir mal jusque dans la jambe droite. L'assuré a encore précisé qu'il lui était arrivé de souffrir du dos lors de l'exécution de travaux lourds mais qu'avant l'accident, il n'avait jamais eu besoin de consulter un médecin pour cela.

Dans un rapport du 31 octobre 2013 adressé au Dr Y._____, le Dr B._____, médecin conseil de C._____, a notamment indiqué que l'examen effectué ce jour-là était rassurant et que l'assuré devrait être en mesure de reprendre son activité professionnelle dans les plus brefs délais. Dans un compte-rendu du même jour au T._____, [recte : C._____], le Dr B._____ a encore précisé que la reprise d'activité en tant que manoeuvre maçon pourrait intervenir au plus tard sous une dizaine de jours.

A l'initiative du Dr Y._____, l'assuré a été ausculté le 21 novembre 2013 par le Dr Z._____, neurologue. Dans son rapport du même jour, ce spécialiste a conclu à une lombocruralgie L3 droite irritative et possiblement déficitaire du point de vue sensitif, le tout associé à une discrète hyporéflexie du réflexe tendineux des adducteurs à droite. Il a toutefois indiqué qu'il ne décelait pas de signes en faveur d'une atteinte neurogène au niveau des myotomes L3 à L5 à droite et qu'il n'y avait pas non plus d'asymétrie des latences des réponses H qui étaient symétriquement physiologiques.

Par correspondances des 21 et 22 novembre 2013, la CNA a annoncé à l'assuré la prise en charge du cas (indemnités journalières et frais médicaux).

Interpellé par la Caisse le 5 février 2014, le Dr G._____, médecin généraliste consulté par l'assuré en parallèle au Dr Y._____, a exposé par retour de courrier non daté que l'évolution était stable au niveau des douleurs.

A teneur d'un rapport du 10 mars 2014, le Dr Y._____ a posé le diagnostic de hernie discale L3-L4 fortement symptomatique, avec persistance de lombalgies malgré le traitement antalgique. Il a émis un pronostic réservé.

Dans un rapport du 14 avril 2014, le Dr H._____, du Centre d'antalgie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier P._____), a relevé que l'assuré présentait des lombocruralgies à la face antérieure de la cuisse et du genou, avec une hypoesthésie et un engourdissement au niveau de la jambe et du petit orteil suite à la chute survenue en juillet 2013. Il a ajouté que les douleurs étaient péjorées par la flexion antérieure du tronc et apaisées par le repos. Il a précisé que, le 13 février 2014, avait été réalisé un bloc intraforaminal L3 à droite et que, lors du contrôle du 13 mars suivant, le patient avait déclaré ne pas avoir vu d'amélioration suite à cette intervention ; une péjoration transitoire de la symptomatologie avait même été observée.

En vue d'une prochaine consultation auprès du Prof. W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, une IRM lombaire a été réalisée le 1^{er} avril 2014 par le Dr E._____, radiologue. Dans son rapport y relatif, ce dernier a conclu à une discopathie débutante L3-L4 et L4-L5 avec une très discrète protrusion foraminale droite sans conflit radiculaire décelable, relevant par ailleurs l'absence de lésion traumatique décelable.

L'assuré a été ausculté le 28 avril 2014 par le Prof. W._____, lequel a fait part de ses conclusions dans un rapport du 30 avril suivant. Il

a retenu les diagnostics de lombocruralgies et sciatalgies droites, de sténose foraminale L3-L4 droite, ainsi que de déchirure annulaire L3-L4 et L4-L5 droite. Il a précisé que l'IRM récemment mise en œuvre ne montrait plus d'image de hernie luxée, qu'on trouvait en revanche une image de rétrécissement foraminal L3-L4 à droite sur vraisemblablement une hypertrophie facettaire, qu'on trouvait également une fissure annulaire postéro-latérale en L3-L4 et en L4-L5 (dans la région plutôt extrêmement latérale) et qu'on trouvait enfin une image évoquant une racine conjointe partielle en L5-S1 à droite, de même qu'une possible arthrose facettaire L5-S1. Pour ce médecin, le tableau clinique n'était pas très clair avec en tout cas deux signes de Waddell, à savoir un Lasègue qui n'était pas reproductible en position assise et qui de toute façon n'était pas classique, ainsi qu'une distribution des troubles neurologiques de façon non strictement anatomique. Persistaient néanmoins une lésion foraminale sténosante pouvant être d'allure dégénérative, une petite hernie luxée crânialement désormais résorbée et un probable élément neuropathique. Cela étant, le Prof. W._____ a indiqué avoir mis sur pieds un CT-scan pour mieux apprécier la sténose foraminale et la composante arthrosique de la facette. Il a également préconisé une prise en charge de trois à quatre semaines par les médecins de la CNA.

L'assuré a ensuite été examiné le 30 avril 2014 par le Dr F._____, médecin conseil de la CNA, qui s'est rallié à l'appréciation du Prof. W._____ quant à la mise en œuvre d'une évaluation stationnaire.

Le 1^{er} mai 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

A teneur d'un compte-rendu du 7 mai 2014, le Prof. W._____ a notamment précisé que le CT-scan réalisé ne mettait pas en évidence de sténose osseuse mais montrait une asymétrie sur les reconstructions coronales au niveau de l'émergence des racines L3. Le 13 mai 2014, ledit spécialiste a confirmé son appréciation.

L'assuré a séjourné à la Clinique [...] (ci-après : la Clinique X._____) du 30 juillet au 24 août 2014. Dans ce contexte, les Drs Q.____ et J.____, respectivement chef de service en réadaptation neurologique et paraplégique et chef de clinique en réadaptation neurologique, ont réalisé un électroneuromyogramme (ENMG) le 4 août 2014 et ont conclu, dans leur rapport y relatif du 6 août suivant, que cet examen était dans la norme et que les troubles cliniques étaient très peu objectivables, ne permettant pas de formuler une hypothèse d'atteinte radiculaire/médullaire. Le 8 août 2014, le Dr V.____, radiologue, a réalisé des examens radiologiques qui n'ont montré aucune lésion osseuse. Puis, dans leur rapport de synthèse du 10 septembre 2014, les Dr S.____ et D.____, respectivement chef de clinique adjoint en réadaptation de l'appareil locomoteur et médecin assistante à la Clinique X.____, ont posé les diagnostics de lombocruralgies L3 droites irritatives non déficitaires, de contusion lombaire le 3 juillet 2013, de troubles lombaires dégénératifs (rétrécissement foraminaux L3-L4 droit ; discopathie dégénérative L3-L4 et L4-L5 sur IRM lombaire du 16 juin 2014), de séquelles de dystrophie rachidienne de croissance à la charnière dorso-lombaire et de bloc intra-foraminaux L3 à droite le 13 février 2014 (sans effet) ; ils ont également indiqué ne poser aucun nouveau diagnostic. Sur le plan psychiatrique, ils ont relevé quelques plaintes peu spécifiques d'ordre psychologique liées à l'inactivité pesante et aux incertitudes concernant l'avenir, mais pas d'une intensité suffisante pour justifier un diagnostic psychiatrique. Les Drs S.____ et D.____ ont ajouté que les plaintes et les limitations fonctionnelles (soit : éviter les activités nécessitant les ports de charges lourdes répétées) ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour mais que des facteurs contextuels - patient sans permis de séjour menacé d'expulsion, non qualifié et maîtrisant mal le français, sous-estimant le niveau d'activité à sa portée - jouaient un rôle important et influençaient défavorablement le retour au travail. Ils ont enfin retenu que la situation était stabilisée du point de vue médical et qu'il n'y avait pas à attendre d'amélioration significative sur le plan fonctionnel ou des douleurs annoncées.

A la suite d'un nouvel examen de l'assuré, le Dr F. _____ a en particulier exposé ce qui suit dans un rapport du 18 novembre 2014 :

"5. Appréciation

[...]

Objectivement, la mobilité rachidienne est conservée mais le patient fait rapidement valoir des douleurs lombaires à D dès qu'il se mobilise un peu. Les changements de position restent précautionneux et le patient peine à passer de la position couchée à la position assise sans l'aide des mains. La station assise prolongée est toujours supportée sans aucune gêne apparente. La manœuvre de Lasègue, négative à G, entraîne de légères douleurs lombaires à D, en fin de course, mais elle n'est pas bloquée. Les ROT sont normo-vifs, symétriques. La trophicité et la force musculaires sont parfaitement conservées en dépit de quelques lâchages antalgiques et de tremblements un peu démonstratifs à D. Le patient décrit une hypoesthésie un peu diffuse du MID ne correspondant pas à un dermatome précis. Il a également tendance à s'autolimiter.

En fin de compte, le patient souffre de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs.

Il se plaint également de cruralgies D mais qui n'ont plus beaucoup de substrat anatomo-pathologique démontrable.

En effet, l'examen neurologique par un spécialiste est normal, il en va de même de l'ENMG et il n'y a plus de hernie discale sur les dernières IRM.

Dans ces conditions, on peut raisonnablement penser que l'accident du 03.07.2013, une simple contusion lombaire, a épuisé ses effets, vu également le temps écoulé depuis ce traumatisme, objectivement de peu d'importance.

La Suva devrait donc mettre un terme à ses prestations."

Aux termes d'un courrier du 21 novembre 2014, la CNA a communiqué à l'assuré que, selon l'avis de son service médical, il n'y avait plus de lien de causalité, avéré ou pour le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante, entre l'accident du 3 juillet 2013 et les troubles du dos pour lesquels l'intéressé avait consulté le Dr Y. _____. Aussi y avait-il lieu de clore le cas au 30 novembre 2014, de mettre fin au versement des prestations en cours (frais médicaux et indemnités journalières) et de réfuter tout droit à d'autres prestations d'assurance. Un délai de vingt jours était imparti à l'intéressé pour faire parvenir ses

éventuelles remarques ou objections, après quoi serait notifiée une décision sujette à opposition.

L'assuré a contesté le courrier précité par écrit du 26 novembre 2014, puis par écriture complémentaire du 5 décembre 2014 rédigée par son conseil. Dans des déterminations supplémentaires du 30 janvier 2015, l'assuré a en particulier affirmé que le lien de causalité entre l'accident du 3 juillet 2013 et son atteinte à la santé subsistait, attendu que l'écoulement du temps n'était pas suffisant pour conclure à sa disparition, qu'il continuait à souffrir de hernies discales et que les médecins de la Clinique X. _____ avait pronostiqué défavorablement le retour sur le marché du travail - avis dont le Dr F. _____ s'était écarté sans en exposer les raisons. Il a par ailleurs sollicité la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale.

Par décision du 18 février 2015, la CNA a maintenu les termes de son préavis du 21 novembre 2014. Tout effet suspensif était retiré à une éventuelle opposition.

Par acte du 20 mars 2015, l'assuré, sous la plume de son conseil, s'est opposé à cette décision. Il a tout d'abord fait valoir que la décision de la CNA était insuffisamment motivée concernant l'interruption des prestations au 1^{er} décembre 2014. Il a ajouté qu'il était toujours entièrement incapable de travailler dans son activité usuelle et qu'il y avait lieu de tenir compte de sa situation particulière s'agissant de la reprise d'une activité adaptée - à savoir qu'il avait un niveau de français moyen et que seules des activités demandant un effort physique lui étaient ouvertes, alors même que les limitations fonctionnelles retenues par la Clinique X. _____ préconisaient qu'une activité requérant de la force soit exécutée [sic]. Aussi devait-il être considéré comme incapable de travailler, de sorte que les prestations d'assurance n'auraient pas dû être supprimées. Sous l'angle du lien de causalité, l'assuré a fait valoir qu'aucun autre élément n'était intervenu depuis juillet 2013 et que l'écoulement du temps n'était pas de nature à rompre le lien de causalité entre l'accident et son état de santé, cela d'autant qu'il présentait des

séquelles objectives répertoriées dans le rapport de la Clinique X. _____ et l'empêchant de reprendre sa précédente activité. L'assuré a de surcroît argué qu'il incombait à la CNA de prendre position sur l'octroi d'une rente d'invalidité. Finalement, il a demandé à ce que l'effet suspensif soit restitué à son opposition.

Par décision incidente du 20 avril 2015, la CNA a rejeté la requête en restitution de l'effet suspensif de l'assuré, décision que ce dernier déférera en vain devant la juridiction cantonale (cf. CASSO AA 54/15 - 94/2015 du 6 octobre 2015).

Par décision sur opposition du 22 avril 2015, la CNA a rejeté l'opposition du 20 mars 2015, confirmé le prononcé du 18 février 2015 et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. La Caisse a en premier lieu dénié tout défaut de motivation. Sur le fond, elle s'est ralliée à l'avis du 18 novembre 2014 du Dr F. _____ considérant que l'accident du 3 juillet 2013 avait épuisé ses effets. Elle a plus particulièrement souligné que l'assuré avait été victime d'une simple contusion lombaire, soit un traumatisme de peu de gravité (selon son médecin conseil) qui ne s'était, au vu de l'IRM lombaire du 1^{er} avril 2014, pas traduit par des lésions traumatiques. Cela étant, la CNA a estimé être légitimée à interrompre les prestations d'assurance au 30 novembre 2014, les troubles subsistant au-delà de cette date relevant de facteurs non-accidentels. Par voie de conséquence, il n'y avait pas lieu d'examiner les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité.

B. Agissant par l'entremise de son conseil, K. _____ a recouru le 21 mai 2015 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, demandant préalablement à ce que l'effet suspensif soit accordé à son pourvoi et concluant, avec dépens, principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que de pleines et entières prestations d'assurance lui sont allouées, subsidiairement à l'annulation de cette décision, la cause étant renvoyée à la CNA pour nouvelle instruction. Il sollicite en outre son audition personnelle, la possibilité de faire assigner des témoins, ainsi que

la mise en œuvre d'une expertise médicale et requiert, de surcroît, le bénéfice de l'assistance judiciaire. Sur un premier plan, le recourant fait valoir que les prestations versées auraient dû être maintenues à tout le moins jusqu'à la décision du 18 février 2015. A cet égard, il invoque une violation du droit d'être entendu dans la mesure où les prestations ont été supprimées avec effet immédiat au 1^{er} décembre 2014 sans qu'une décision formelle n'ait été rendue, les décisions subséquentes des 18 février et 22 avril 2015 n'étant pas suffisamment motivées sur ces questions. Reprenant l'argumentation développée dans son opposition, il allègue en outre qu'il doit être considéré comme étant incapable de travailler et que la CNA ne pouvait donc supprimer ses prestations. Il ajoute également avoir subi un dommage du fait de l'interruption des prestations, ayant en particulier dû assumer divers frais médicaux. Sur un autre plan, s'agissant du lien de causalité entre l'accident du 3 juillet 2013 et ses troubles de la santé, le recourant réitère les motifs invoqués dans son opposition. Pour étayer ses dires, il produit un onglet de pièces dont un rapport du 18 décembre 2014 du Dr L._____, radiologue, concluant, suite à une IRM cervico-dorso-lombaire de la veille, à de minimes hernies discales pluri-étagées tant au niveau cervical, dorsal que lombaire toutefois sans contrainte radiculaire ou médullaire, ainsi qu'à une synovite modérée de l'articulaire postérieure L4-L5 droite.

Par envoi du 3 juin 2015, le recourant produit un questionnaire établi par son conseil et complété le 26 mai 2015 par le Dr Y._____, dont la teneur est la suivante :

"1- Existe-t-il un lien de causalité entre l'accident d[e] travail souffert par [M]onsieur K._____ et son état de santé ?

a. Oui[.]

2- Si oui, quelles sont, à ce jour, les séquelles observables dudit accident ?

a. Persistances et péjorations des symptômes douloureux au niveau de la jambe droite. Cependant rien n'a pu être objectivé par les examens cliniques (cf. rapport du neurologue Dr. Z._____ et clinique de la SUVA).

3- Est-ce que [M]onsieur K._____ souffre d'une maladie dégénérative ?

a. Probablement mais il est difficile d'affirmer que celle-ci [s]'est décompensée suite à l'accident[.]

4- Si oui, est-ce que cette maladie est de nature à rompre le lien de causalité entre l'accident d[e] travail et l'état de santé de Monsieur K. _____ ?

a. Non[.]"

En date du 23 juin 2015, la juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 21 mai 2015 et désigné Me Olivier Boschetti en tant qu'avocat d'office.

Par ordonnance du 22 septembre 2015, la juge instructeur a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif du recourant.

Appelée à se prononcer sur le recours, l'intimée en a proposé le rejet par réponse du 30 octobre 2015. La CNA relève, tout d'abord, que le seul fait que la décision du 18 février 2015 soit intervenue trois mois après qu'elle ait mis fin aux prestations ne permet aucunement de justifier le maintien de celles-ci jusqu'à cette date-là. Se référant pour le surplus à l'appréciation du Dr F. _____, elle souligne en particulier qu'une causalité fondée sur l'adage « *post hoc, ergo propter hoc* » ne constitue pas un moyen de preuve permettant d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante et que, lorsqu'une hernie discale n'a été qu'activée par le traumatisme sur un substrat dégénératif préexistant et non causée par l'accident lui-même, l'assurance-accidents n'est tenue de prendre en charge que les conséquences du syndrome douloureux en rapport immédiat avec l'accident subi.

Aux termes de sa réplique du 26 novembre 2015, le recourant confirme ses conclusions et sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il produit en outre un rapport du Prof. W. _____ du 12 août 2015 faisant notamment état de ce qui suit :

"Diagnostics :

- **Lombocruralgies et sciatalgies D.**
- **Sténose foraminale L3-L4 D.**
- **Déchirure annulaire L3-L4, L4-L5 D.**

- **AVP (juin 2015).**

Anamnèse :

Je revois le patient qui présente toujours les mêmes douleurs à savoir : des lombocruralgies voire des sciatalgies à D dont la distribution n'est pas purement anatomique. En effet, la douleur irradie dans la face antérieure de la cuisse, la face externe de la jambe et également à la face externe du pied voire la plante du pied. Ceci implique donc plusieurs dermatomes. Malheureusement, le séjour à la SUVA n'a pas été concluant. Finalement, la SUVA a mis fin aux prestations et le cas est passé sous l'assurance[-]maladie. [...] En décembre, vous aviez organisé une IRM du rachis total, le patient s'étant plaint de rachialgies complètes donc également des cervicalgies. Vous avez également répété l'IRM cervicale étant donné que le patient s'est plaint de céphalées après un AVP. Néanmoins, le problème principal réside en ses douleurs neuropathiques du membre inférieur D.

Status :

Patient qui marche sans vraie boiterie. La marche sur les talons et la pointe des pieds est possible. L'examen neurologique dans les grandes lignes est plutôt normal avec une force conservée. Néanmoins, il y a des troubles de la sensibilité qui de nouveau ne suivent pas un trajet purement anatomique c'est à dire à la face antérieure de la jambe, le mollet, la face externe de la jambe mais pas au niveau du dos du pied. Le Lasègue provoque des cruralgies antérieurement ce qui est plutôt atypique. Par contre, le Lasègue inversé provoque bel et bien des cruralgies.

Le reste de l'examen y compris les réflexes des membres supérieurs est normal.

Bilan radiologique :

J'ai examiné attentivement la dernière IRM du rachis total effectuée en décembre 2014 à [...]. Sur celle-ci, on retrouve une hernie C6-C7 D sans vraie compression neurologique et une protrusion C5-C6. Au niveau lombaire, on retrouve toujours cette déchirure annulaire L4-L5 à D et un léger comblement sur une des coupes du foramen L3-L4 à D. Le gadolinium rehausse le signal au niveau de la déchirure L4-L5 D.

Attitude :

Ce patient présente donc des douleurs chroniques dont une partie est certainement neuropathique dans un contexte assez compliqué (d'après le rapport du Dr S. _____ de la SUVA : patient sans papier, sous menace d'expulsion, sans formation, avec une mauvaise maîtrise de la langue française). De plus, actuellement, il existe un mécontentement du patient par la prise en charge de la SUVA. Je doute que dans ce contexte, un geste agressif puisse être franchement utile. Il y a quelques anomalies anatomiques qui peuvent expliquer une partie des symptômes mais la concordance radio-clinique est plutôt modérée. Je pense que le mieux est de voir avec l'équipe d'antalgie du Centre hospitalier P. _____, en particulier le Dr A. _____, s'il pense qu'un geste ou surtout une adaptation de ses médicaments pourrait aider le patient. [...]"

Le recourant produit également un compte-rendu du 23 novembre 2015 du Dr Y. _____ relevant le caractère douteux d'une maladie dégénérative préexistante chez un patient jeune en excellente santé avant l'accident, indiquant ne pas pouvoir réellement évaluer la nature accidentelle ou non des pathologies à la fois dégénératives et probablement traumatiques (déchirure annulaire L3-L4, L4-L5 à droite) mises en évidence par le Prof. W. _____ et préconisant, finalement, une expertise indépendante.

Dupliquant le 8 février 2016, la CNA s'est référée à un rapport du même jour émanant du Dr I. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Centre de compétence de médecine des assurances de la CNA, dont on extrait ce qui suit :

"Discussion

Si l'on s'en tient à la version fournie de vive voix, le 3 juillet 2013, M. K. _____ est tombé du haut d'un escabeau de quatre marches, se réceptionnant sur le dos, plutôt du côté droit.

Si une telle chute peut avoir des conséquences sérieuses voire graves, on peut aisément déduire des suites immédiates référées que tel n'a pas été le cas pour M. K. _____.

En effet, comme il l'a bien spécifié, après qu'un collègue l'avait aidé à se relever, il a pu recommencer à travailler après la chute. D'autre part, au status à vingt-quatre heures effectué par deux médecins différents [...], il n'a pas été signalé d'hématome en zone d'impact ou même de zone douloureuse à la palpation en correspondance avec l'impact. Il n'a pas non plus été référé de plaintes autres, par exemple au niveau des membres supérieurs. Si l'on peut s'étonner qu'une chute dans les circonstances référées n'ait pas laissé de stigmate visible à vingt-quatre heures, on peut dans le même temps en déduire aisément que le traumatisme a été globalement modéré.

Or, dans le cas de M. K. _____, la nature du traumatisme a toute son importance dans l'évaluation du cas, puisqu'il s'agit, en présence d'altérations des disques intervertébraux constatées sur les examens complémentaires, de savoir dans quelle mesure ces altérations discales peuvent être mises en lien de causalité naturelle ou non avec l'accident, que ce soit partiellement ou complètement. Il s'agit également d'évaluer de manière subsidiaire dans quelle mesure les troubles présentés par l'assuré dans le décours immédiat puis actuellement sont imputables aux lésions anatomiques mises en évidence.

[...]

Cas de M. K. _____ :

[...]

Pour rappel, sur la première IRM, il a été retenu, soit par le radiologue, soit par le Prof. W. _____, une image compatible avec une petite hernie postéro-latérale droite, entrant possiblement en conflit avec la racine L3. La structure décrite étant adjacente au disque et iso[-]intense à celui-ci (c'est-à-dire avec signal identique sur les images IRM), il n'existe selon moi pas de diagnostic différentiel pour cette lésion et on retiendra en effet qu'il a été constaté chez M. K. _____ dans les suites précoces de l'accident du 3 juillet 2013 une hernie postéro-latérale droite au niveau L3-L4. On se rappellera dans le même temps à ce sujet que la hernie diagnostiquée était de petite taille, respectivement n'entraînait pas un conflit clair avec les structures nerveuses adjacentes et en particulier avec les racines de L3 ou de L4 à droite et surtout que cette lésion compatible avec une hernie discale n'était plus visible sur les examens successifs.

S'agissant de causalité et si l'on s'en tient aux circonstances référées, j'estime que le traumatisme subi par M. K. _____ n'était pas adéquat pour entraîner une lésion discale, respectivement une hernie, même en considération d'un état dégénératif préalable fragilisant. En effet, compte tenu des remarques émises en début de discussion, on ne saurait retenir un traumatisme à haute énergie. De plus, en conséquence d'une chute sur le plan dorsal comme décrite, on craindra avant tout une fracture du sacrum, parfois des fractures des apophyses transverses ou épineuses, classiquement un hématome sous-cutané, éventuellement avec décollement sous-cutané pré-fascial, mais pas une hernie discale, puisque les forces du traumatisme ne mettent pas sous contrainte axialement les disques vertébraux.

En revanche, il y a tout lieu d'admettre, au moins dans les premiers temps, que M. K. _____ a présenté assez rapidement après l'accident déclaré une symptomatologie compatible avec une radiculopathie L3. Plus précisément, passé le jour de l'accident durant lequel les troubles apparaissaient modérés, M. K. _____ a commencé à présenter des lombalgies et, cliniquement, il était alors constaté une importante contracture musculaire. En d'autres mots, au lendemain de l'accident, M. K. _____ se présentait avec une clinique de lumbago aigu. Ces lombalgies accompagnées d'un déficit fonctionnel ont persisté et après environ une semaine, l'assuré a commencé à se plaindre de cruralgies (c'est-à-dire, en sémilogie médicale, de douleurs antérieures de la cuisse) à droite. [...]

[...]

Initialement donc, M. K. _____ a présenté une clinique qui était compatible avec une radiculopathie avant tout irritative (algique) de L3 et on peut ainsi admettre une décompensation symptomatique d'une petite hernie discale postéro-latérale droite L3-L4 droite dans les suites de la chute déclarée du 3 juillet 2013.

S'il existait initialement une concordance entre les éléments d'imagerie et les éléments cliniques, cette concordance s'est amenuisée au cours du temps et, selon les éléments les plus

récents, elle appara[ît] maintenant plus que douteuse, respectivement la symptomatologie présentée est à l'heure actuelle difficilement explicable en considération des atteintes anatomiques diagnostiquées.

Puisque la hernie initialement visualisée et encore une fois de petite taille a disparu, on maintiendra actuellement que le cadre pathologique de M. K. _____ au niveau lombaire est caractérisé avant tout par deux discopathies L3-L4 et L4-L5 modérées - puisque la hauteur des disques est conservée et que nonobstant la présence d'une déchirure de l'anneau fibreux la dessiccation discale n'est pas trop avancée - par une spondylarthrose (*id est* une arthrose des apophyses articulaires postérieures) discrète à modérée aux trois derniers étages lombaires avec prédominance à droite et par une sténose foraminale relative en L3-L4 à droite.

Ce cadre clinique serait, comme l'a dit le Prof. W. _____, capable d'expliquer la symptomatologie lombalgique mais il ne permet pas d'expliquer pleinement les douleurs dans le membre inférieur droit. Concernant les discopathies éventuellement symptomatiques, clairement déjà présentes avant l'accident et non modifiées par celui-ci, on notera qu'avant l'accident, l'assuré se plaignait de temps à autre de lombalgies mais qu'il n'avait pas consulté spécifiquement pour cela. En présence d'un cadre globalement inchangé, respectivement n'ayant pas progressé de manière visible sur les examens d'imagerie successifs, on s'étonne de l'intensité des lombalgies actuelles, surtout en considérant que l'assuré est au repos, mais également parce qu'il n'existe aucun indice pour un problème de déconditionnement, en présence d'une musculature lombaire de même trophicité entre le premier examen IRM et le dernier effectué.

On notera également que cliniquement, passée la phase aiguë initiale, les douleurs lombaires se sont assez rapidement amenuisées, puisqu'à la première visite auprès du Dr F. _____ mais également lors de la visite du Dr B. _____, il était référé une mobilité tout à fait satisfaisante de la colonne et une symptomatologie lombaire somme toute très modérée. Dans ces conditions, l'aggravation secondaire des troubles, alors que le status organique est resté inchangé, appara[ît] difficilement explicable sur base organique. Bien plus, il y a lieu d'évoquer, comme cela a été fait au terme du séjour à la Clinique X. _____, des facteurs contextuels extra-organiques à l'origine de ces lombalgies, comme c'est au demeurant le cas pour la majorité des lombalgies chroniques, dans le sens où [c]e sont avant tout des facteurs contextuels (socioculturels, professionnels, etc.) à être positivement corrélés avec la survenue de lombalgies chroniques d'un point de vue statistique, tandis que les lésions anatomiques type discopathie ou hernie discale sont faiblement corrélées, voire sans rapport avec l'incidence de lombalgies chroniques.

Quant aux douleurs dans le membre inférieur droit, le Prof. W. _____ retient qu'elles sont au moins en partie (et de manière certaine) explicables par une composante neuropathique à charge de la racine L3. Tout en soulignant la qualité globale de l'analyse du cas par le Prof. W. _____ qui a vu M. K. _____ à plusieurs reprises et l'a examiné de manière précise, je ne me montrerai personnellement pas aussi certain que lui de l'existence de cette

composante neuropathique persistante dans les douleurs référées au membre inférieur droit, et ceci pour diverses raisons. Premièrement, si compression radiculaire il y a eu, cette compression radiculaire a été modérée, puisque aussi bien la radiculopathie a été avant tout irritative et seulement possiblement déficitaire, qui plus est uniquement du point de vue sensitif, modalité première à être altérée en cas de compression radiculaire, après les fibres nociceptives de la douleur. Dans ces conditions, on s'explique difficilement une lésion nerveuse anatomique séquellaire, condition *sine qua non* pour retenir une douleur neuropathique.

D'autre part, si l'on se réfère à l'évolution du caractère des douleurs, la composante neuropathique n'est pas évidente, puisque pour de longs mois ces douleurs avaient avant tout un caractère mécanique, respectivement étaient absentes la nuit ou hors mouvements, ce qui est absolument atypique d'une douleur neuropathique qui, classiquement, n'a pas d'horaire préférentiel et n'est que peu influencée par la mobilisation. Parle également contre une atteinte neuropathique résiduelle, la pleine normalité des examens neurologiques et en particulier des épreuves fonctionnelles ENMG, avec une parfaite symétrie de conduction des voies motrices ou sensitives, mais également l'absence d'effet positif et même l'aggravation entraînée par l'infiltration périradiculaire effectuée. À cela s'ajoute que les troubles sensitifs maintenant préférés [sic] ne correspondent plus à un territoire dermatomérique précis et que dans le territoire L3, les troubles ou les douleurs référés ne sont pas différents que dans les autres territoires nerveux référés douloureux et qu'il n'y a même plus d'hypoesthésie dans le dermatome de L3. Il n'existe ainsi selon moi chez M. K. _____ pas d'arguments valides pour retenir une neuropathie L3 droite résiduelle et je me permets ainsi sur ce point de contredire le Prof. W. _____, en accord toutefois avec les médecins de la Clinique X. _____, le Dr F. _____ et le Dr Z. _____.

Si l'on regarde l'évolution de M. K. _____ depuis son accident de manière globale, on est frappé par le fait qu'après une première phase aig[uë] d'amélioration assez rapide (cf. évaluation du Dr B. _____), on ait assisté ensuite à une péjoration graduelle des troubles, alors que la situation organique est restée sans grands changements si ce n'est la résorption de la petite hernie L3-L4. On ne peut d'autre part que noter l'absence d'effet de toutes les thérapies entreprises ou de tous les médicaments prescrits et on peut se poser la question de l'utilité de certaines mesures, en particulier de la poursuite de physiothérapie à un rythme hebdomadaire voire bihebdomadaire. Relativement aux médicaments, il n'y a pas moyen de savoir sur base des éléments à disposition lesquels auraient pu avoir éventuellement un effet et pour quelle raison M. K. _____ continue à les prendre, si réellement ils sont inefficaces. En l'occurrence je pense que si une prise en charge antalgique est effectuée, il y aura lieu, avant toute modification de traitement, de vérifier la compliance médicamenteuse à travers des dosages plasmatiques.

En considération de ces particularités d'évolution, j'estime que la symptomatologie douloureuse dont se plaint M. K. _____ et les limitations fonctionnelles qu'il reporte sont difficilement explicables sur base des éléments organiques. On rappellera encore une fois

que les discopathies étaient déjà présentes avant l'accident et qu'elles n'apparaissaient pas gêner outre mesure M. K. _____, à l'instar des hernies diagnostiquées au niveau cervical ou dorsal après le premier accident (mais avant l'accident de la voie publique de juin 2015), lesquelles peuvent être considérées comme parfaitement asymptomatiques, vu l'absence d'anomalies cliniques référées en rapport avec ces hernies. [...]

Considérant une absence de lésions structurelles en lien avec l'accident du 3 juillet 2013, mais retenant dans le même temps une décompensation symptomatique d'une petite hernie L3-L4 droite actuellement résorbée, il est clair que les troubles actuellement présentés par M. K. _____ et seulement très partiellement explicables par un status dégénératif modéré ne peuvent plus être mis actuellement en rapport de causalité naturelle probable avec ledit accident.

De manière théorique, lors d'une décompensation symptomatique d'une hernie discale, on s'attend à une régression des troubles après disparition de la phase inflammatoire, c'est-à-dire après environ trois à quatre mois maximum.

Chez M. K. _____, la symptomatologie a toutefois persisté et la prise en charge a été prolongée. Globalement, on peut retenir une prise en charge médicale d'excellente qualité à tous les niveaux, avec bonne coordination des soins de la part du médecin traitant, avis spécialisés requis, examens spécialisés effectués, séjour à la Clinique et évaluations répétées par le médecin d'arrondissement, mais ce suivi optimal n'a apparemment été d'aucun bénéfice pour le patient.

En l'occurrence, pour définir que les effets de l'accident étaient éteints, le Dr F. _____ ne s'est pas contenté de se référer à quelque limite théorique mais a bien pris en compte toutes les plaintes du patient. C'est seulement lorsqu'il a eu l'avis complémentaire des médecins de la Clinique X. _____ retenant l'absence d'atteinte neurologique séquellaire mise en évidence et la présence de facteurs extra-organiques favorisant la persistance de symptômes - autrement difficilement explicables sur base des constatations anatomiques - qu'il a décidé, à une année et quatre mois d'une banale contusion, qu'il y avait lieu de considérer que l'accident ne jouait plus de rôle dans la persistance de la symptomatologie. Sur base des arguments sus-émis, on ne saurait émettre la moindre critique quant à l'avis et aux conclusions du Dr F. _____ dans son évaluation finale du cas de M. K. _____.

Relativement aux derniers rapports du Dr Y. _____ et du Prof. W. _____ ayant motivé la soumission du cas de M. K. _____ au Centre de compétence de médecine des assurances, je ne retiens pas d'élément susceptible de remettre en question les conclusions du Dr F. _____.

On notera tout d'abord que dans son rapport avec réponses à des questions de Me Boschetti daté du 26 mai 2015, le Dr Y. _____ retient un lien de causalité entre l'accident et l'état de santé uniquement sur la base de persistance des troubles douloureux, en soulignant [de] surcroît que ces troubles douloureux ne sont pas

corrélés de manière satisfaisante avec les trouvailles anatomo-cliniques. D'autre part, il ne répond pas de manière tranchée quant à une éventuelle décompensation (qu'elle soit symptomatique ou structurelle) de l'état dégénératif préexistant modéré mais patent.

Quant aux arguments apportés dans son deuxième rapport du 23 novembre 2015, ils ne prennent pas en considération de ce qui a été expliqué plus haut. En effet, si l'âge est corrélé de manière positive avec l'incidence de discopathies, ce critère n'est encore une fois pas valable s'agissant d'un individu et même des sujets jeunes peuvent être affectés de dégénérescence discale, sans qu'on doive d'une part obligatoirement y lier un symptôme et sans qu'il faille d'autre part évoquer une atteinte traumatique comme étiologie de cette dégénérescence. Le fait que M. K. _____ présente des discopathies ou hernies discales à des niveaux variés de la colonne vertébrale font qu'il n'y a pas lieu de considérer que les atteintes dégénératives au niveau lombaire puissent être d'une origine autre que malade, rappelant que ces altérations dégénératives étaient déjà visibles sur l'IRM effectuée douze jours après l'accident, dans le même temps qu'il n'existait aucun indice pour une atteinte structurelle aiguë visible sur ces mêmes images. Comme expliqué sinon dans la partie théorique de cette discussion, une déchirure annulaire est une atteinte discale typiquement dégénérative et *a contrario* n'a aucune raison de faire évoquer une atteinte traumatique ponctuelle.

Relativement au rapport du Prof. W. _____, celui-ci ne s'est aucunement prononcé sur la causalité entre les troubles et l'accident. On soulignera simplement que ce dernier rapport démontre bien la stagnation de la symptomatologie et sa faible corrélation avec le cadre anatomique.

Conclusions

M. K. _____ a probablement présenté dans les suites de l'accident déclaré du 3 juillet 2013 (chute d'un escabeau avec réception sur le dos) une décompensation symptomatique d'une petite hernie discale L3-L4 droite, laquelle s'est résorbée depuis.

Selon les critères de vraisemblance prépondérante, M. K. _____ n'a en revanche pas présenté de lésions structurelles en conséquence dudit accident.

La définition d'un *statu quo sine* à plus d'une année de l'accident, après séjour de réadaptation intensif et examen détaillé de l'assuré apparaît dans ces circonstances non critiquable."

Prenant position sur l'analyse du Dr I. _____ le 20 juin 2016, le recourant apporte diverses précisions quant au résumé des faits établi par ce médecin et relève en particulier s'être blessé le 3 juillet 2013 vers 15h30, soit à la fin de la journée de travail, et avoir dû quitter son poste en raison de ses douleurs. Il estime en outre que l'avis du Prof. W. _____ ne peut être écarté au profit de l'appréciation des médecins de l'intimée et qu'une expertise médicale s'avère nécessaire. Il annonce par ailleurs la

production prochaine de deux nouveaux rapports médicaux et verse en cause un certificat médical du Dr Y. _____ du 20 mai 2016 attestant une entière incapacité de travail du 9 février au 1^{er} juin 2016.

C. Par avis du 28 juillet 2016, la juge instructeur a informé les parties de l'édition du dossier de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, sur lequel ces dernières ont eu l'occasion de se déterminer.

Il ressort notamment de ce dossier que l'OAI a rendu le 8 octobre 2015 un projet de décision dans le sens d'un refus de reclassement et de rente d'invalidité. Dans le cadre de ses objections à l'encontre de ce projet, l'assuré a produit un rapport du 2 décembre 2015 du Dr U. _____, spécialiste en anesthésiologie et médecine de la douleur, exposant que le tableau était celui d'une douleur chronique primaire généralisée et que le patient présentait des facteurs bio-psycho-sociaux, des problèmes asséurologiques majeurs, ainsi qu'un lien avec le travail influençant défavorablement le « *outcome* » de la symptomatologie douloureuse – ce à quoi s'ajoutait un état dépressif pris en charge. Puis, par décision du 30 mai 2016, l'OAI a confirmé le refus de prestations signifié dans son projet du 8 octobre 2015.

Le 8 septembre 2016, l'intimée a indiqué n'avoir aucune observation à formuler quant au dossier de l'assurance-invalidité. Le recourant, pour sa part, a persisté le 10 octobre 2016 dans ses conclusions, se référant notamment au rapport du 12 août 2015 du Prof. W. _____.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (cf. art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur

opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (cf. art. 56 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (cf. art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours est déposé en temps utile et satisfait pour le surplus aux autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

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

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte, en l'occurrence, sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée au-delà du 30 novembre 2014, à raison de l'accident de travail subi le 3 juillet 2013.

3. Il convient en premier lieu de s'arrêter sur le grief formel soulevé par le recourant. Ce dernier soutient en effet que l'intimée aurait

violé son droit d'être entendu en supprimant les prestations d'assurance au 1^{er} décembre 2014 sans avoir préalablement rendu une décision formelle, problématique passée sous silence dans les décisions prononcées subséquemment (cf. mémoire de recours du 21 mai 2015 p. 4 s.).

a) Le droit d'être entendu ancré à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend, notamment, le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur tous les éléments pertinents avant qu'une décision qui touche sa situation juridique ne soit rendue (cf. ATF 141 V 557 consid. 3.1), ainsi que le devoir pour l'autorité de motiver sa décision afin que le justiciable puisse en saisir la portée et exercer ses droits en connaissance de cause – étant précisé à cet égard qu'il suffit que l'autorité indique, brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision et qu'elle n'a en outre pas l'obligation de discuter tous les arguments soulevés, mais peut se limiter à ceux qu'elle juge pertinents (cf. ATF 138 IV 81 consid. 2.2).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (cf. ATF 132 V 387 consid. 5.1 et 127 V 431 consid. 3d/aa). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (cf. ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (cf. ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 et 135 I 279 consid. 2.6.1).

b) En l'occurrence, il est constant que, par communication du 21 novembre 2014, la CNA a signifié au recourant la suppression des prestations d'assurance au-delà du 30 novembre 2014. Quoi qu'il en dise, ce dernier a pu comprendre de quoi il retournait et s'exprimer, avant la suppression annoncée, dans un courrier du 26 novembre 2014 contestant la position de la CNA. Sous cet angle, on ne voit donc pas que le droit

d'être entendu de l'assuré aurait été violé, de sorte que ses griefs sur le sujet ne peuvent être que rejetés.

En tout état de cause, il y a lieu de rappeler que celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort par l'assurance-accidents selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année ; l'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte (cf. ATF 134 V 145 consid. 5). Or, suite aux objections formulées par l'assuré le 26 novembre 2014 puis, sous la plume de son conseil, les 5 décembre 2014 et 30 janvier 2015, la CNA a bel et bien rendu une décision formelle le 18 février 2015, à laquelle l'assuré a pu s'opposer avant que soit rendue la décision sur opposition du 22 avril 2015 objet de la présente contestation. Il suit de là que, même à admettre un manquement procédural de la part de la Caisse, celui-ci serait dénué de portée pour l'issue du présent litige.

4. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle.

aa) Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge

examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b avec les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*" ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s. consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3.1 ; cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n° 104 p. 929).

bb) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire

(*statu quo sine*) (cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b et 1992 n° U 142 p. 75 ; cf. TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (cf. TF 8C_32/2014 du 22 décembre 2014 consid. 2.2). En d'autres termes, lorsque des douleurs apparaissent consécutivement à un accident et qu'il faut partir de l'hypothèse que l'accident a seulement activé un état dégénératif (auparavant muet) sans l'avoir causé, l'assureur est tenu de fournir les prestations pour le syndrome douloureux directement en lien avec l'accident aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli (cf. TF 8C_816/2009 du 21 mai 2010 consid. 4.3) même si l'atteinte à la santé est en très grande partie la conséquence d'une maladie (cf. TF 8C_423/2012 du 26 février 2013 consid. 5.3). Il en va différemment, si l'accident est uniquement une cause occasionnelle ou une cause aléatoire qui a rendu manifeste un risque actuel dont la réalisation devait être escomptée en tout temps, sans que l'accident ait une portée propre dans le cadre du rapport entre la cause et l'effet (cf. TF 8C_423/2012 précité consid. 5.3 et 8C_380/2011 du 20 octobre 2011 consid. 4.2.1).

cc) Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altérations des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (cf. RAMA 2000 n° U

378 p. 190 consid. 3 et n° U 379 p. 192 consid. 2a ; cf. TF 8C_32/2014 du 22 décembre 2014 consid. 2.3 et références citées).

Une aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est prouvée que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (cf. TF U 282/06 du 4 juin 2007 consid. 3.3 ; cf. TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2 ; cf. RAMA 2000 n° U 363 du 9 septembre 1999 p. 46 consid. 3a).

Une telle aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année. Le *statu quo sine* est même déjà atteint après trois à quatre mois pour des lombalgies post-traumatiques, une aggravation dans ce domaine, qui permettrait d'aller au-delà de cette période, devant être établie radiologiquement et se distinguer de l'évolution normale due à l'âge (« *eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss* » ; cf. TF 8C_17/2017 du 4 avril 2017 consid. 2.3, 8C_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 et 8C_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 avec les références citées).

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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2 et 125 V 456 consid. 5a avec les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (cf. ATF 118

V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 6a ; cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 *in fine* et les références).

En revanche, lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (cf. ATF 134 V 109 consid. 10, 117 V 359 consid. 6, 117 V 369 consid. 4, 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne ou d'un traumatisme crânio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (cf. ATF 134 V 109 consid. 7 ss ; cf. également ATF 117 V 359 consid. 6a). Ce nonobstant, il convient d'appliquer la jurisprudence en matière de troubles psychiques (cf. ATF 115 V 133 et 115 V 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral, lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de ce type (cf. TFA U 96/00 du 12 octobre 2000 consid. 2b, in RAMA 2001 n° U 412 p. 79 ; cf. également ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; cf. TF 8C_957/2008 du 1er mai 2009 consid. 4.2, 8C_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2 et 8C_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1).

5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de

preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3 ; cf. TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1).

Concernant plus particulièrement les rapports des médecins des assureurs, ils peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin

traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

6. Au cas d'espèce, le recourant reproche à l'intimée d'avoir interrompu le versement des prestations d'assurance au 30 novembre 2014 en considérant qu'il n'y avait plus de lien de causalité au-delà de cette date entre l'accident du 3 juillet 2013 et les troubles annoncés.

a) Il n'est pas contesté que l'assuré a été victime d'une chute sur le dos le 3 juillet 2013, alors qu'il se trouvait sur son lieu de travail. Selon ses dires (cf. procès-verbal d'entretien du 30 octobre 2013 p. 1), il a plus particulièrement chuté du haut d'un petit escabeau de quatre marches, alors qu'il tenait une masse à la main, s'est réceptionné sur le côté droit du bas du dos et a immédiatement ressenti des douleurs. A ses déclarations ultérieures selon lesquelles il n'a pu terminer sa journée de travail suite à sa chute (cf. déterminations du 20 juin 2016 p. 2), on préférera en outre ses premières explications - compte tenu de la jurisprudence dite des "premières déclarations ou des déclarations de la première heure" (cf. ATF 121 V 45 consid. 2a et TF 8C_873/2014 du 13 avril 2015 consid. 4.2.1) - en vertu desquelles il a pu continuer à travailler malgré la douleur (cf. procès-verbal d'entretien du 30 octobre 2013 p. 1), ce qui correspond du reste aux indications résultant de la déclaration d'accident du 13 août 2013 selon lesquelles le travail a été interrompu dès le lendemain de l'accident.

Cela étant, au regard de telles circonstances, l'événement du 3 juillet 2013 ne peut pas être considéré d'une importance particulière et propre à entraîner la lésion d'un disque intervertébral. Si l'on se réfère aux événements susceptibles de provoquer la survenance d'une hernie discale retenus par la pratique médicale, tels qu'une chute libre d'une hauteur importante, un saut de 10 mètres de hauteur, une chute notamment avec port de charges, un télescopage à grande vitesse (cf. TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 7.2), l'événement traumatique ici visé revêt une amplitude moindre puisqu'il s'est agi d'une chute depuis le haut d'un petit

escabeau comportant quatre marches (ou trois, selon les indications fournies au Dr B. _____ [cf. rapport du 31 octobre 2013 p. 1]) – et qui ne pouvait dès lors pas être particulièrement élevé – en tenant à la main un outil de travail (une masse) dont l'assuré n'a à aucun moment laissé entendre qu'il aurait pu avoir un quelconque rôle (par exemple, par son poids ou sa taille) dans le déroulement des faits en question. C'est ainsi que le Dr F. _____ a conclu à un traumatisme objectivement de peu d'importance (cf. rapport du 18 novembre 2014 p. 5). Le fait, comme l'a relevé le Dr I. _____, que le traumatisme subi n'ait pas laissé de stigmatisme visible à vingt-quatre heures plaide également dans le sens d'un traumatisme globalement modéré (cf. rapport du 8 février 2016 p. 11). De surcroît, pour reprendre les observations de ce même médecin, les troubles invoqués sont inconsistants avec les conséquences habituelles d'une chute sur le plan dorsal telle qu'évoquée dans le cas particulier (cf. ibid. p. 14 s.). A cela s'ajoute enfin que les examens réalisés n'ont pas identifié de lésion traumatique (cf. en particulier le rapport d'IRM du 1^{er} avril 2014 du Dr E. _____).

Enfin, si l'assuré a certes éprouvé des douleurs lombaires dès sa chute, il reste que, de son propre aveu, il lui était arrivé déjà précédemment d'avoir mal au dos lorsqu'il exécutait des travaux très lourds, quand bien même ces douleurs ne l'avaient jamais conduit à consulter un médecin avant l'événement du 3 juillet 2013 (cf. procès-verbal d'entretien du 30 octobre 2013 p. 2). En ce sens, il appert que la symptomatologie en cause était antérieure – à tout le moins en partie – aux faits survenus lors de l'accident concerné par la présente procédure.

Pour l'ensemble de ces motifs, il y a donc lieu de conclure que l'événement du 3 juillet 2013 n'est pas à l'origine d'une lésion traumatique.

b) Il reste à déterminer dans quelle mesure et, le cas échéant, jusqu'à quand l'accident susdit a pu aggraver ou révéler une pathologie préexistante.

Sur ce point, la CNA s'est essentiellement fondée sur le rapport d'examen clinique établi le 18 novembre 2014 par le Dr F._____. Dans son rapport, ce médecin a en particulier retenu que l'assuré souffrait de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs, mais qu'en revanche les cruralgies annoncées à droite n'avaient plus beaucoup de substrat anatomo-pathologique démontrable compte tenu d'un examen neurologique et d'un ENMG normaux et du fait qu'il n'y avait plus de hernie discale sur les dernières IRM. Le Dr F._____ en a déduit que l'accident du 3 juillet 2013 - soit une simple contusion lombaire - avait épuisé ses effets, se référant également au temps écoulé depuis ce traumatisme de peu d'importance (cf. rapport du 18 novembre 2013 p. 5). Cette analyse a ensuite été confirmée par le Dr I._____, lequel, se référant d'une part à l'absence de lésions structurelles en lien avec l'accident annoncé et retenant d'autre part une décompensation symptomatique d'une petite hernie L3-L4 droite actuellement résorbée, a retenu qu'il était clair que les troubles actuellement présentés par l'assuré et seulement très partiellement explicables par un status dégénératif modéré ne pouvaient plus être mis en rapport de causalité naturelle probable avec l'événement du 3 juillet 2013 (cf. rapport du 8 février 2016 p. 17). Pour le Dr I._____, il y avait donc lieu de s'en tenir à l'appréciation du Dr F._____, lequel avait pris en compte les plaintes du patient et attendu l'avis complémentaire des médecins de la Clinique X._____ retenant l'absence d'atteinte neurologique séquellaire et la présence de facteurs extra-organiques favorisant les symptômes, pour décider, à une année et quatre mois d'une banale contusion, qu'il y avait lieu de considérer que l'accident ne jouait plus de rôle dans la persistance de la symptomatologie (cf. ibid. p. 18).

Or, contrairement à ce que soutient le recourant, les conclusions du Dr F._____ ne sont valablement mises en doute par aucun avis médical au dossier.

Tout d'abord, il y a lieu de relever que l'IRM pratiquée dans les suites immédiates de l'accident, le 15 juillet 2013, a certes mis en évidence une petite hernie discale L3-L4, mais que les constatations

médicales recueillies (cf. rapport du Prof. W. _____ du 30 avril 2014 p. 2 et rapport du Dr I. _____ du 8 février 2016 pp 14, 16, 17 et 19) rejoignent l'analyse du Dr F. _____ (cf. rapport du 18 novembre 2014 pp 2 et 5) pour admettre que cette hernie s'est ultérieurement résorbée.

On notera de surcroît que les évaluations des Drs B. _____ et Z. _____ (cf. rapports des 31 octobre 2013 et 21 novembre 2013) comme des médecins de la Clinique X. _____ (cf. rapport du 10 septembre 2014) n'ont pas mis en évidence d'éléments concrets permettant de corréler la persistance des plaintes de l'assuré à la chute subie le 3 juillet 2013.

En outre, rien dans l'appréciation du Dr Y. _____ ne permet de retenir que les plaintes en cause seraient toujours imputables à l'événement du 3 juillet 2013. Il apparaît à cet égard que, dans ses premiers comptes-rendus, le Dr Y. _____ n'a guère émis d'avis tranché et détaillé sur la question (cf. rapports des 11 septembre 2013 et 10 mars 2014). A l'inverse de ce qu'a ensuite laissé entendre ce médecin, ce n'est du reste pas parce que la symptomatologie de l'assuré s'est exacerbée après l'accident litigieux pour perdurer à ce jour, avec en particulier persistance et péjoration des symptômes douloureux au niveau de la jambe droite (cf. rapport du 26 mai 2015), que les plaintes en question doivent automatiquement être rattachées à la chute du 3 juillet 2013, un tel raisonnement - du reste repris par le recourant (cf. mémoire de recours du 21 mai 2015 p. 7) - fondé sur l'adage "*post hoc, ergo propter hoc*" n'étant pas de nature à établir un lien de causalité naturelle (cf. consid. 4b/aa supra). Le Dr Y. _____ est par ailleurs loin de s'être montré catégorique, d'une part en reconnaissant lui-même que rien n'avait pu être objectivé par les examens cliniques et que l'assuré souffrait « *probablement* » d'une atteinte dégénérative dont il était difficile d'affirmer qu'elle aurait été décompensée suite à l'accident (cf. rapport du 26 mai 2015), d'autre part en concédant qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur la nature dégénérative ou accidentelle de la symptomatologie (cf. rapport du 23 novembre 2015). Contrairement à l'avis du Dr Y. _____ (cf. ibid.), la Cour relève au surplus que l'âge du patient ne constitue pas à lui seul un critère permettant d'admettre

l'origine traumatique des plaintes et que la symptomatologie visée avait déjà été ressentie avant l'accident. Cela étant, il apparaît que l'appréciation - somme toute laconique - du Dr Y. _____ ne saurait l'emporter sur l'évaluation du Dr F. _____ et encore moins sur l'analyse détaillée du Dr I. _____, telles qu'exposées ci-avant.

En ce qui concerne l'appréciation du Prof. W. _____, la Cour relève que ce médecin n'a à aucun moment conclu clairement à l'origine traumatique des troubles. Il a, bien au contraire, prêté une origine dégénérative à la lésion foraminale sténosante constatée à l'IRM du 1^{er} avril 2014 (cf. rapport du 30 avril 2014 p. 2). En outre, s'il a évoqué une composante neuropathique, il a également souligné que les quelques anomalies anatomiques qui pouvaient expliquer une partie des symptômes présentaient une concordance radio-clinique modérée (cf. rapport du 12 août 2015 p. 2). Bien plus, s'agissant de cette même composante neuropathique, le Dr I. _____ a exposé de manière détaillée en quoi on pouvait douter d'une neuropathie L3 droite résiduelle - se ralliant à l'avis des médecins de la Clinique X. _____, du Dr F. _____ et du Dr Z. _____. Sur cet aspect, le Dr I. _____ a plus particulièrement exposé que, si compression radiculaire il y avait eu, celle-ci avait été modérée puisqu'avant tout irritative et uniquement du point de vue sensitif, si bien que l'on pouvait difficilement expliquer une lésion nerveuse anatomique séquellaire, condition *sine qua non* pour retenir une douleur neuropathique. Le Dr I. _____ a également souligné l'évolution du caractère des douleurs, qui avaient longtemps présenté un caractère avant tout mécanique atypique pour une douleur neuropathique, de même que la normalité des examens effectués (cf. rapport du 8 février 2016 p. 16 s.). Ces explications, qui reposent sur un raisonnement médical clair et dûment motivé, n'étant remises en cause par aucun élément sérieux au dossier, la Cour ne voit dès lors pas de raison de s'en écarter. Dans ces conditions, il y a lieu de retenir que l'avis du Prof. W. _____ ne permet pas non plus de s'écarter de l'appréciation du Dr F. _____, confirmée par le Dr I. _____.

Au reste, aucun avis médical au dossier ne tend à faire le moindre lien entre l'événement du 3 juillet 2013 et les troubles du dos mis en évidence fin 2014 (cf. rapport du Dr L. _____ du 18 décembre 2014, rapport du Prof. W. _____ du 12 août 2015 p. 2 et rapport du Dr I. _____ du 8 février 2016 p. 17).

Par ailleurs et surtout, le rapport d'examen établi le 18 novembre 2013 par le Dr F. _____ expose clairement la situation, tient compte des plaintes de l'assuré comme de l'anamnèse et comporte des conclusions bien motivées et convaincantes. Il y a donc lieu de considérer que ce rapport satisfait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (cf. consid. 5 supra). Quant à l'évaluation détaillée du Dr I. _____, elle s'avère exempte de contradictions sur le plan médical et elle mérite également d'être considérée comme probante ; on notera en particulier que les précisions factuelles apportées par le recourant (cf. déterminations du 20 juin 2016) - pour autant qu'on puisse leur accorder crédit (cf. consid. 6a supra, s'agissant de la poursuite du travail le jour de l'accident) - ne viennent en rien discréditer l'analyse médicale à laquelle a procédé le Dr I. _____. Au surplus, on ajoutera également que, dans la mesure où il s'est fondé sur un dossier médical contenant des constatations complètes, établies sur la base d'examens complets, il n'était pas déterminant que ce médecin examinât personnellement l'intéressé (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 345 [U 492/00] consid. 3d et la référence ; cf. TF 8C_485/2014 du 24 juin 2015 consid. 5.1.4 et 9C_794/2008 du 21 août 2009 consid. 2.3).

Il suit de là que, d'un point de vue strictement somatique, l'intimée pouvait à juste titre se fonder sur l'appréciation du Dr F. _____ pour considérer qu'au-delà du mois de novembre 2014, la symptomatologie invoquée n'était plus en lien de causalité naturelle avec l'accident du 3 juillet 2013.

Dès lors que le lien de causalité naturelle doit être nié au-delà du 30 novembre 2014 sur le plan physique, la même conclusion doit

également être retenue pour le lien de causalité adéquate (cf. consid. 4c supra).

c) Peu importe, par ailleurs, que le Prof. W. _____ ait détecté la présence de deux signes de Waddell (cf. rapport du 30 avril 2014 p. 2) et que le Dr I. _____ ait quant à lui retenu que la symptomatologie douloureuse et les limitations fonctionnelles rapportées étaient difficilement explicables sur la base des éléments organiques (cf. rapport du 8 février 2016 p. 17).

Certes, il s'agit là de facteurs de non-organicité. Ceux-ci ne justifient toutefois pas d'analyse plus poussée sur la question de la causalité (cf. consid. 4c supra). D'une part, on rappellera que le lien de causalité naturelle doit de toute manière être exclu dès le 1^{er} décembre 2014 entre les douleurs physiques et l'événement du 3 juillet 2013 (cf. consid. 6b supra). D'autre part, il faut souligner qu'aucun diagnostic psychiatrique *stricto sensu* n'a été posé en l'occurrence. Ainsi, les médecins de la Clinique X. _____ ont tout au plus évoqué quelques plaintes peu spécifiques d'ordre psychologique, liées à l'inactivité pesante et aux incertitudes concernant l'avenir, mais pas d'une intensité suffisante pour justifier un diagnostic psychiatrique (cf. rapport du 10 septembre 2014 p. 4). En outre, si dans son rapport du 2 décembre 2015 le Dr U. _____ a évoqué un état dépressif, il a néanmoins précisé que celui-ci était pris en charge, n'a guère fourni d'indication quant à l'intensité des troubles et n'a à aucun moment laissé entendre qu'un diagnostic spécifique avait été posé par des confrères psychiatres ; à cela s'ajoute que ce rapport a été rendu plus de sept mois après la date - déterminante en l'espèce - de la décision attaquée et plus de deux ans après l'événement accidentel en cause. Dans ces conditions, il ne se justifie donc pas de procéder à un examen de la causalité pour des troubles psychiques apparus après un accident. Finalement, on ne se trouve *in casu* pas en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin", d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme crânio-cérébral justifiant une analyse spécifique du lien de causalité.

d) Par voie de conséquence, faute de lien de causalité, la CNA n'avait d'autre choix que d'interrompre le versement des prestations (frais de traitements et indemnités journalières), respectivement de ne pas se pencher sur l'octroi de nouvelles prestations (rente), en l'absence de l'une des conditions légales présidant à leur octroi (cf. consid. 4 supra).

Plus particulièrement, la situation financière de la personne assurée, les éventuels certificats d'incapacité de travail établis par le médecin traitant ou encore les difficultés à retrouver du travail sont autant de paramètres étrangers à l'analyse du lien causalité et ne sauraient, quoi qu'en dise le recourant, permettre de déroger au système légal (cf. mémoire de recours du 21 mai 2015 p. 5 et 7).

Partant, en considération de l'ensemble des éléments au dossier, la CNA était donc fondée à mettre un terme aux prestations d'assurance en se fondant sur l'avis du Dr F._____, avec effet au 1^{er} décembre 2014.

e) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi la mise en œuvre d'une expertise, l'appointement d'une audience ou l'audition de témoins, tels que sollicités par l'intéressé (cf. mémoire de recours du 21 mai 2015 p. 10), seraient de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et TF 9C_440/2008 du 5 août 2008).

Par surabondance, on relèvera également que les rapports médicaux annoncés par l'assuré dans son écriture du 10 octobre 2016 n'ont jamais été produits et que l'on ne voit pas, en l'état, ce que de tels documents pourraient changer à l'issue du litige.

7. a) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

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

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 (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. ATF 127 V 205).

c) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et 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 (cf. art. 2 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, le conseil d'office a produit sa liste des opérations le 6 septembre 2017, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Compte tenu des heures de prestations d'avocat et débours s'inscrivant raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (cf. ATF 122 I 1), le montant total de l'indemnité de Me Boschetti s'élève donc à 4'412 fr. 90 (TVA à 8% comprise).

La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendu attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (cf. art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 22 avril 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Olivier Boschetti, conseil du recourant, est arrêtée à 4'412 fr. 90 (quatre mille quatre cent douze francs et nonante centimes), débours et TVA compris.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'État.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Boschetti (pour K. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :