

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 455 vom 27. September 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-09-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__455

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 455 du 27 septembre 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 455 del 27 settembre 2017

Regeste

ACCIDENT, LIEN DE CAUSALITÉ | 6 al. 1 LAA

Erwägungen

E. 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[.]

E. 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).

E. 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[.]

E. 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).

E. 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.

E. 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).

E. 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.

E. 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 stigmate 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 1er 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

E. 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'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 rendue 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.

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