[AZA 7]
U 147/99 Mh

Ière Chambre

MM. les juges Lustenberger, Président, Schön, Spira et
Ferrari, Jaeger, suppléant. Greffier : M. Wagner

Arrêt du 15 octobre 2001

dans la cause

A._____, recourant,

contre

Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
Fluhmattstrasse 1, 6004 Lucerne, intimée,

et

Tribunal administratif du canton de Neuchâtel, Neuchâtel

A.- A._____ a travaillé en qualité de chef du
service de montage de la menuiserie-ébénisterie X._____
SA. A ce titre, il était assuré par la Caisse nationale
suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) pour les
accidents professionnels et non professionnels.

Le 11 juillet 1996, A._____ fit une chute dans un
échafaudage d'une hauteur de trois mètres, avec réception
sur le dos. Il fut transporté à l'Hôpital Y._____. Le
bilan osseux auquel procédèrent les médecins du Service de
radiologie ne montra aucune fracture, fissure ou luxation.
Les médecins de la Policlinique chirurgicale posèrent le
diagnostic de contusion dorso-lombaire (rapport médical
initial LAA, du 9 août 1996). En raison d'une ébauche de
sciatalgies bilatérales et de légers troubles sensitifs qui
inquiétaient le patient, celui-ci fut adressé à la
doctoresse B._____, spécialiste FMH en neurologie, qui
procéda le 5 septembre 1996 à une électroneurographie et à
une électromyographie. La neurologue n'a pas constaté de
déficit radiculaire moteur (rapport du 6 septembre 1996).
De son côté, le docteur C._____, spécialiste FMH en
médecine interne-rhumatologie, examina A._____ le 6 décembre
1996. Selon un rapport de ce praticien du 14 décembre
1996, il y avait plutôt un syndrome lombo-vertébral sur
contracture musculaire très importante, diagnostic que reprit
le docteur D._____, spécialiste FMH en médecine
générale et médecin traitant de l'assuré, dans un rapport
médical intermédiaire du 18 décembre 1996.
La CNA a pris en charge le cas et alloué à A._____
les prestations dues pour les suites de l'accident du

11 juillet 1996. Une tentative de reprise du travail à 50 % à partir du 4 mars 1997 et à 100 % dès le 1er avril 1997 a échoué. Dans un rapport du 19 juin 1997, le docteur E._____, chef de clinique adjoint du Service de neurologie du Centre hospitalier Z._____, a diagnostiqué des cervico-(dorso)lombalgies chroniques séquellaires d'une contusion dorso-lombaire, sans lésion neurologique associée, et une méralgie paresthésique gauche. Du 25 août au 19 septembre 1997, l'assuré a séjourné à la Clinique thermale U._____. Dans un rapport de sortie du 19 septembre 1997, le docteur F._____, chef de clinique, a mis en évidence un syndrome lombo-spondylogène (plus marqué à droite) et retenu qu'il y avait suspicion de méralgie paresthésique du nerf cutaneus femoralis lateralis à gauche.
Un nouvel essai de reprise du travail à temps partiel dès le 17 novembre 1997 a échoué. L'assuré a bénéficié de séances de manipulations cervicales. Dans un rapport médical intermédiaire du 3 mars 1998, le docteur G._____, chiropraticien, a diagnostiqué notamment des nucalgies/céphalées occipitales.
Sur la base d'un rapport du 20 mars 1998 du docteur H._____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement, et d'une appréciation médicale du 7 mai 1998 du docteur I._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et membre de son service médical, la CNA, par décision du 5 juin 1998, a avisé A._____ que les troubles dont il était atteint n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident du 11 juillet 1996. Elle mettait fin, le 21 juin 1998, au paiement de l'indemnité journalière et des frais de traitement.
L'assuré a formé opposition contre cette décision. Par décision du 3 septembre 1998, la CNA a rejeté l'opposition.

B.- Par jugement du 11 mars 1999, le Tribunal administratif de la République et canton de Neuchâtel a rejeté le recours formé par A._____ contre cette décision.

C.- Dans un mémoire du 22 avril 1999, A._____ interjette recours de droit administratif contre ce jugement, en concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de celui-ci et de la décision sur opposition du 3 septembre 1998. A titre principal, il invite le Tribunal fédéral des assurances à statuer sur le fond, la CNA devant être condamnée à continuer le paiement des frais de traitement et des indemnités journalières. A titre subsidiaire, il demande que la cause soit renvoyée à la CNA pour nouvelle décision au sens des considérants. Il dépose plusieurs documents, dont une attestation médicale du docteur D._____, du 21 avril 1999. Il invoque l'ensemble du dossier de la CNA et sollicite l'avis d'un expert médical indépendant.
La CNA renonce à répondre au recours, tout en demandant que

le jugement attaqué soit confirmé. L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) ne s'est pas déterminé.

D.- Par lettre du 18 octobre 1999, A._____ a produit un premier «complément» au recours, en y joignant copies de pièces extraites de son dossier de l'assuranceinvalidité, dont une expertise rhumatologique du docteur J._____, spécialiste FMH en médecine interne & rhumatologie, du 6 juillet 1999.
Dans ses déterminations du 17 mai 2000, la CNA déclare qu'elle persiste dans ses conclusions libératoires. Se référant à l'expertise rhumatologique du 6 juillet 1999, elle relève que l'inorganicité des troubles avoisine la certitude et que l'incapacité de travail de l'assuré, essentiellement d'origine psychique, n'est donc pas en relation de causalité adéquate avec l'accident du 11 juillet 1996.
Dans un deuxième «complément», du 8 juin 2000, A._____ a communiqué à la Cour de céans une décision du 24 mai 2000, par laquelle l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Neuchâtel lui a alloué une rente entière d'invalidité à partir du 1er juillet 1997 pour une invalidité de 70 %.

Considérant en droit :

1.- Aux termes de l'art. 108 al. 2 en corrélation avec l'art. 132 OJ, le mémoire de recours indique les conclusions, motifs et moyens de preuve et porte la signature du recourant ou de son mandataire; celui-ci y joint l'expédition de la décision attaquée et les pièces invoquées comme moyens de preuve, lorsqu'elles se trouvent en ses mains.

2.- Selon sa jurisprudence, le Tribunal fédéral des assurances prend en considération, dans les procédures soumises à l'art. 132 OJ, les écritures et moyens de preuve présentés après l'expiration du délai de recours, lorsque ceux-ci lui paraissent pertinents (VSI 2000 p. 310 sv. ad let. C et consid. 2b; RCC 1986 p. 202 sv. consid. 3b, 1980 p. 415 consid. 2). En revanche, le Tribunal fédéral se montre plus strict et n'admet pas la production de pièces nouvelles après l'échéance du délai de recours, sauf dans le cadre d'un deuxième échange d'écritures (ATF 109 Ib 249 consid. 3c; arrêt H. du 25 février 2000 [2A.459/1999]et arrêt non publié B. du 10 octobre 1997 [2A.616/1996]).

3.- a) Pour qu'un revirement de jurisprudence soit compatible avec le principe de l'égalité de traitement que l'art. 8 al. 1 Cst. a repris de l'art. 4 al. 1 aCst. sans en modifier la portée matérielle, il faut qu'il repose sur des motifs objectifs, à savoir une connaissance plus approfondie de l'intention du législateur, un changement des circonstances extérieures ou l'évolution des conceptions

juridiques. Les motifs doivent être d'autant plus sérieux
que la jurisprudence est ancienne. Si elle se révèle erronée
ou que son application a conduit à des abus répétés,
elle ne saurait être maintenue (ATF 126 V 40 consid. 5a et
les références, ATF 126 I 129 consid. 5 et les références).

b) Vu qu'il existe une pratique divergente entre les
deux tribunaux fédéraux, les motifs de la jurisprudence du
Tribunal fédéral des assurances méritent d'être reconsidérés.
En effet, même dans les procédures où la Cour de
céans n'est pas liée par la constatation de l'état de fait
(art. 132 let. b OJ), il ne se justifie plus de déroger à
la règle de l'art. 108 al. 2 OJ d'après laquelle le mémoire
de recours doit indiquer, notamment, les moyens de preuve.
La production, après l'échéance du délai de recours
(art. 106 al. 1 OJ), de nouveaux moyens de preuve, non
annoncés et/ou non requis, n'est, en principe, pas admissible.

Le sens littéral de l'art. 108 al. 2 OJ est clair. Que
ce soit le texte français - qui parle des pièces invoquées
comme moyens de preuve, lorsqu'elles se trouvent en mains
du recourant -, allemand - «die als Beweismittel angerufenen
Urkunden ..., soweit der Beschwerdeführer sie in Händen
hat» - ou italien - «documenti indicati come mezzi di prova,
se sono in possesso del ricorrente» -, il ne peut
s'agir que de pièces qui existent déjà.
Ce sens littéral correspond à la volonté du législateur
de réunir, d'adapter et de compléter dans cette disposition
de la loi les prescriptions réglant les documents
à produire (Message du Conseil fédéral du 24 septembre 1965
concernant l'extension de la juridiction administrative
fédérale, FF 1965 II 1301).
Par pièces (voir aussi art. 33 PCF), il faut entendre
les titres au sens des art. 50 ss PCF en liaison avec
l'art. 40 OJ (Oscar Vogel, Grundriss des Zivilprozessrechts
und des internationalen Zivilprozessrechts der Schweiz,
6ème éd., Berne 1999, p. 279 ss; Meyer, Die Rechtspflege in
der Sozialversicherung, in: BJM 1989 p. 29), à savoir les
titres que le justiciable (art. 50 PCF) ou les tiers
(art. 51 PCF) détiennent et qu'ils sont tenus de produire
(Max Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème éd.,
Berne 1984, p. 132; Frank/Sträuli/Messmer, Kommentar zur
zürcherischen Zivilprozessordnung, 3ème éd., Zurich 1997,
vor § 183 ss ch.m. 4 p. 528, § 183 ch.m. 5 p. 531 et § 184
ch.m. 1 p. 533). Il ne saurait s'agir de preuves futures,
notamment d'expertises.
Il n'est donc pas admissible qu'une partie annonce son
intention de produire un futur moyen de preuve après l'expiration
du délai de recours ou qu'elle demande à cette fin
la suspension de la procédure (arrêt G. du 6 novembre 2000
[I 158/00]). Les pièces invoquées comme moyens de preuve ne
peuvent être que des titres qui existent déjà, susceptibles
d'être déposés devant le tribunal dans le délai légal

(art. 106 al. 1 OJ), qui n'est pas extensible (ATF 126 III 31 consid. 1b).

c) La voie suivie jusqu'ici par le Tribunal fédéral des assurances peut également être une source d'inégalité de traitement, dans la mesure où elle favorise les justiciables qui produisent hors délai de nouvelles pièces par rapport à ceux qui s'en tiennent à la règle de l'art. 108 al. 2 OJ. En outre, les nouvelles pièces produites étant souvent des rapports médicaux qui tiennent compte de l'évolution de l'état de santé de l'assuré à partir du moment où la décision litigieuse a été rendue, elle a pour défaut de rendre problématiques les règles sur la révision (art. 41 LAI, art. 22 LAA).

4.- a) Pour ces motifs pertinents, il se justifie d'aligner dorénavant la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances sur celle du Tribunal fédéral et de ne plus admettre la production de pièces nouvelles après l'échéance du délai de recours, sauf dans le cadre d'un deuxième échange d'écritures (ATF 109 Ib 249 consid. 3c déjà cité, 99 Ib 89 consid. 1; d'avis contraire lorsque l'autorité attaquée est une autorité administrative : Alfred Kölz/Isabelle Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., Zurich 1998, n°944 p. 334 et Attilio R. Gadola, Das verwaltungsinterne Beschwerdeverfahren, Zurich 1991, p. 385 ss).

Cela fait partie de l'ordre de la procédure. Un deuxième échange d'écritures n'a lieu qu'exceptionnellement (art. 110 al. 4 OJ) et seulement si le juge délégué ou la Chambre du tribunal le décide (ATF 119 V 323 consid. 1 et les références).

b) Il convient toutefois de réserver les cas où des pièces produites après l'échéance du délai de recours ou la clôture du deuxième échange d'écritures constituent des faits nouveaux importants ou des preuves concluantes au sens de l'art. 137 let. b OJ et pourraient, le cas échéant, justifier la révision de l'arrêt du tribunal. De telles pièces doivent être prises en considération, nonobstant leur production hors délai.

5.- a) L'expertise rhumatologique du docteur J._____ du 6 juillet 1999, dont le recourant reprend dans son écriture du 18 octobre 1999 les conclusions en ce qui concerne la diminution de sa capacité de travail sur le plan psychique, est largement postérieure à l'échéance du délai de recours. Il en va de même de la décision du 24 mai 2000 par laquelle l'office AI alloue au recourant une rente entière d'invalidité à partir du 1er juillet 1997, pour une incapacité de gain de 70 %.

Il faut dès lors examiner s'il s'agit là de faits nouveaux importants ou de preuves concluantes au sens de l'art. 137 let. b OJ dans le cadre du présent procès qui a pour objet le point de savoir si les troubles dont est atteint le recourant ne sont plus en relation de causalité

naturelle et adéquate avec l'accident du 11 juillet 1996, l'intimée ayant pour ce motif mis fin le 21 juin 1998 au paiement de l'indemnité journalière et des frais de traitement.

b) Sont «nouveaux» au sens de l'art. 137 let. b OJ, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la procédure précédente. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits; il faut des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement (ATF 110 V 141 consid. 2 et 293 consid. 2a, 108 V 171 consid. 1; voir aussi ATF 121 IV 322 consid. 2, 118 II 205 consid. 5).

c) L'expertise rhumatologique du docteur J._____, du 6 juillet 1999, porte sur la capacité de travail du recourant sur le plan psychique. Il en ressort qu'il présente une incapacité de travail dans toute profession lucrative, pour des motifs psychiatriques essentiellement, dont le taux était de 70 % lors de l'expertise.

Cette expertise n'est cependant pas de nature à entraîner une modification de l'arrêt dans un sens favorable au recourant (Poudret, Commentaire de l'OJ, ad art. 137 n.2.3.2 p. 32). Bien au contraire, puisque le docteur

J._____ a posé le diagnostic de «comportement-maladie» pathologique et histrionique chez un assuré présentant une probable personnalité de type borderline. Ce diagnostic, quand bien même l'expertise ne portait pas sur le point de savoir si l'incapacité de travail d'origine psychique est imputable à l'accident du 11 juillet 1996, ne parle pas en faveur de la causalité naturelle.
En conséquence, l'écriture du recourant du 18 octobre 1999 et la décision de l'office AI du 24 mai 2000, qui se fondent sur cette expertise pour conclure à une invalidité médico-théorique de 70 %, ne peuvent être prises en considération dans la présente procédure.
6.- a) Dans son mémoire du 22 avril 1999, le recourant allègue que le dossier de l'intimée est incomplet, puisqu'il ne contient ni le rapport d'intervention du Service sanitaire de V._____ du 11 juillet 1996, ni le rapport de la Police qui est également intervenue, documents dont la production aurait permis d'établir qu'il se plaignait déjà de nucalgies sur les lieux de l'accident. A cela s'ajoute le fait que les pièces n°12 à 16 du dossier de l'intimée ont été égarées et que le jugement attaqué est muet sur ce point. Il en irait de même d'un rapport de la Clinique K._____, qui ne serait pas parvenu à la Clinique thermale U._____.
Reprochant à l'intimée et à la juridiction cantonale de se fonder pour l'essentiel sur l'existence d'une pathologie dégénérative, le recourant reprend ses arguments selon lesquels il présentait une bonne santé habituelle tant sur le plan physique que psychique avant la survenance de l'accident du 11 juillet 1996, ainsi que cela ressort de l'attestation médicale du docteur D._____ du 21 avril 1999.

b) Le fait que le rapport d'intervention du Service sanitaire de V._____ du 11 juillet 1996 et le rapport de la Police ne figurent pas dans le dossier de l'intimée ne remet pas en cause la constatation des premiers juges, selon laquelle les nucalgies sont apparues à la suite de l'accident.
La disparition des pièces n°12 à 16 du dossier de l'intimée, certes déplorable, ne diminue pas la valeur probante des pièces médicales sur lesquelles se fondent les constatations de fait de la juridiction cantonale dans son appréciation du statu quo sine.
c) Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assureur-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue plus 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 - question du statu quo ante - ou qu'il rejoint celui

qu'il serait devenu tôt ou tard indépendamment de tout accident, selon l'évolution ordinaire - question du statu quo sine - (RAMA 1992 n°U 142 p. 75 sv. consid. 4b; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469 n°3 et 4; Debrunner/Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1990, p. 52; Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093).
Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve ne pèse pas sur l'assuré mais sur l'assureur (RAMA 2000 n°U 363 p. 46 consid. 2 et la référence).

d) Les premiers juges ont retenu que les lombalgies, les discopathies et la spondylodiscite existaient déjà avant la survenance de l'accident du 11 juillet 1996 et qu'elles n'étaient plus en relation de causalité naturelle avec celui-ci. Ils ont constaté que les radiographies effectuées immédiatement après l'accident ne laissaient apparaître aucune fracture, fissure ou luxation, mais que les clichés montraient de très discrets signes de spondylose à la colonne dorsale et une discopathie avancée au niveau de L4-L5.
Ces constatations ne sont pas critiquables. Se fondant sur la littérature médicale, la Cour de céans a déjà eu l'occasion de se prononcer au sujet de l'aggravation d'un état antérieur dégénératif. Selon l'expérience acquise en matière de médecine des accidents, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident est prouvée seulement lorsque l'imagerie médicale met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'aggravation de lésions après un traumatisme (RAMA 2000 n°U 363 p. 46 sv. consid. 3a). Or, selon le bilan osseux du 11 juillet 1996, les radiographies de la colonne cervicale, de la colonne dorsale, de la colonne lombaire et du bassin n'ont pas montré de fracture, fissure ou luxation.
Le fait que le recourant a été adressé à la Clinique K._____ pour un test ergonomique de base afin de déterminer ses capacités et que les résultats de ce test ne sont jamais parvenus à la Clinique thermale U._____ ne change

rien à ce qui précède. Du reste, dans le rapport de sortie du 19 septembre 1997, les médecins indiquent qu'ils ont renoncé à répéter ce test dans la mesure où, lors des examens cliniques, quatre signes de Waddell sur cinq et un des deux critères de Kummel étaient positifs et que, dans ces conditions, le test ergonomique de base perdait de sa signification. Ils ont constaté que le recourant souffrait déjà avant la survenance de l'accident, et cela depuis des années, de lombalgies, sans que ces dernières l'aient pour autant obligé de cesser son travail, et que sur le plan radiologique, on retrouvait de nettes lésions dégénératives avec une ankylose incertaine au niveau de L3-L4.
Selon le docteur G._____, une nouvelle radiographie effectuée le 26 février 1998 ne montrait aucune séquelle osseuse de traumatisme ni de lésions osseuses (rapport médical intermédiaire du 3 mars 1998).
Dès lors, même si la chute du 11 juillet 1996 a pu aggraver le substrat dégénératif préexistant, hypothèse que le docteur H._____ n'exclut pas, cela ne remet pas en cause les conclusions de la juridiction cantonale en ce qui concerne les lombalgies, les discopathies et la spondylodiscite, affections qui ne sont plus en relation de causalité naturelle avec l'accident. En effet, il n'y a aucune raison de s'écarter sur ce point de l'appréciation du docteur H._____ en ce qui concerne le statu quo sine (rapport du 20 mars 1998), confirmée par le docteur I._____ (appréciation médicale du 7 mai 1998).
e) Les premiers juges ont conclu que les nucalgies et les paresthésies étaient apparues par la suite et qu'elles se seraient de toute façon manifestées, même sans la survenance de l'accident du 11 juillet 1996. Cela n'est pas en contradiction avec les constatations du docteur E._____ en ce qui concerne la persistance de cervico-nucalgies et l'apparition de paresthésies (rapport du 19 juin 1997).
Le traitement auprès du docteur G._____ s'est terminé le 3 mars 1998. Le chiropraticien, qui a diagnostiqué des nucalgies/céphalées occipitales avec brûlures et une méralgie paresthésique à gauche, n'arrive pas à objectiver de séquelles de l'accident incriminé.
De son côté, le docteur H._____ n'a pas pu établir une corrélation claire entre les plaintes subjectives et le substrat organique en tenant compte uniquement des séquelles de l'événement du 11 juillet 1996. Se référant à l'avis émis par de nombreux experts de la colonne vertébrale, le médecin d'arrondissement de l'intimée en conclut que l'état antérieur du rachis était rétabli au plus tard six mois, ou un an (en présence d'une pathologique dégénérative) après la survenance du traumatisme ayant consisté dans une contusion dorso-lombaire. On ne saurait dès lors reprocher aux premiers juges d'avoir considéré qu'il n'y avait objectivement plus de séquelles - organiques - post-traumatiques.

7.- Le point de savoir si le recourant est atteint de

troubles d'ordre psychique en relation de causalité naturelle avec l'accident du 11 juillet 1996 peut demeurer indécis.
En effet, les conditions permettant de retenir la causalité adéquate ne sont pas réunies pour ce qui concerne les suites psychiques de cet accident de gravité moyenne (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa).
Pour ce qui est de la chute, le recourant en a fait lui-même la description quelque temps après l'accident à la doctoresse B._____ (rapport du 6 septembre 1996). Elle a noté une glissade dans les escaliers d'un échafaudage d'une hauteur d'environ 3 mètres. L'accident, qui n'apparaît pas comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire ni ne se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves (comp. RAMA 1999 n°U 330 p. 123 sv. consid. 4b/bb et cc), n'avait pas un caractère particulièrement impressionnant. Il n'y a pas eu non plus de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques.
Le bilan osseux du 11 juillet 1996 n'a montré aucune fracture, fissure ou luxation. Selon l'attestation médicale du docteur D._____, du 21 avril 1999, le recourant se plaignait lors de la première consultation, qui a eu lieu le 26 août 1996, de douleurs dorsales et de fréquentes douleurs cervicales ainsi que d'une sensibilité diminuée sur la face latérale de la cuisse gauche. Celui-ci n'était donc pas atteint de lésions physiques particulièrement graves, propres selon l'expérience à entraîner des troubles psychiques.
Le docteur C._____ a examiné le recourant le 6 décembre 1996, puis le 18 février 1997. Dans une communication au docteur D._____, du 21 février 1997, ce spécialiste en rhumatologie concluait à une reprise du travail à 50 % dès cette date-ci. Du 25 août au 19 septembre 1997, lors de son séjour à la Clinique thermale U._____, le recourant semblait avoir du mal à croire à une amélioration de ses troubles et, par conséquent, à la possibilité de recouvrer une capacité de travail. Selon le docteur F._____ (rapport de sortie du 19 septembre 1997), son attitude pessimiste et plutôt dépressive avait des conséquences négatives directes sur l'évolution de son cas.
Cette situation semble certes avoir duré, mais cela est en grande partie imputable à cette attitude du recourant. Dans ces circonstances, les critères déterminants que sont la durée anormalement longue du traitement médical, les douleurs physiques persistantes, ainsi que le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, ne sont pas remplis.
Mal fondé, le recours doit dès lors être rejeté.

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances

p r o n o n c e :

I. Le recours est rejeté.
II. Il n'est pas perçu de frais de justice.
III. Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal administratif de la République et canton de Neuchâtel et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Lucerne, le 15 octobre 2001

Au nom du
Tribunal fédéral des assurances
Le Président de la Ière Chambre :

Le Greffier :