

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 novembre 2016

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Dessaux, juge et M. Riesen, juge assesseur
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

G._____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

K._____, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 8 LPGA ; art. 10, 18 et 19 LAA

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 4 février 1960, originaire du [...], a travaillé depuis [...] comme manoeuvre dans la construction, pour l'entreprise [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA). Il exerçait également une activité accessoire de nettoyeur pour l'entreprise [...], depuis le 1^{er} janvier 2005.

L'assuré a notamment subi une fracture de la cheville avec des troubles de la consolidation secondaires, pour lesquels il a été hospitalisé quatre semaines à la [...], en janvier 2003. Il a pu reprendre le travail sans séquelle. En janvier 2004, il a subi une contusion du bas du dos en chutant d'une échelle. Il a également pu reprendre le travail après quelques semaines, sans séquelles.

Le 12 octobre 2005, il a subi un nouvel accident de travail : des couvertes préfabriquées en céramique ou en béton, d'un poids unitaire de 30 kg, étaient stockées sur une palette posée sur des panneaux de coffrage, à une hauteur de 2 à 4 mètres. L'assuré devait accrocher les couvertes pour la grue. A cette fin, il est passé de l'autre côté de la palette sise en bordure du vide en se tenant avec une main à l'une des couvertes du dessus de la palette. La couverture a glissé et il est tombé en arrière en entraînant deux couvertes avec lui. Il est tombé pratiquement à plat sur le dos, sur un tas de ferraille et de cales de bois. Une des couvertes lui est tombée dessus au milieu du tibia gauche alors que l'autre lui est arrivée sur l'extrémité du pied gauche, partiellement protégé par la coquille en acier de sa chaussure de protection. Il n'a pas perdu connaissance. L'employeur a annoncé l'accident à la CNA en mentionnant une chute de deux mètres de hauteur. La CNA a pris en charge le traitement et alloué des indemnités journalières.

L'assuré a été hospitalisé immédiatement au Service d'orthopédie de l'Hôpital [...], où les diagnostics de fracture-tassement de L1, mur antérieur du plateau supérieur (S 32.00) et du bassin (S32.70), de

fracture du tibia gauche médio-diaphysaire fermée (S 82.20), fracture des branches ilio-ischio-pubiennes gauches (S 32.30-S32.80) et fracture de la phalange proximale du 5^{ème} orteil du pied gauche (S 92.50) ont été posés. Les médecins ont pratiqué une opération le 12 octobre 2005, pour le traitement des lésions du tibia (révision, réduction et ostéosynthèse), et ont prescrit le port d'un corset trois points pour le traitement de la fracture lombaire, dès le 13 octobre 2015. Les autres atteintes ont été traitées conservativement, la fracture de la phalange proximale du 5^{ème} orteil du pied gauche par syndactylie. La réadaptation a débuté avec une mobilisation en fonction des douleurs et une rééducation à la marche en charge partielle de 10 kg, dès le 15 octobre 2005.

L'assuré a été transféré à l'Hôpital [...] le 25 octobre 2005 pour suites de la prise en charge, l'évolution étant qualifiée de bonne jusqu'à cette date (rapport du 7 novembre 2005 des Drs J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et N._____, médecin-assistant, qui mentionnent une chute d'une hauteur de trois à quatre mètres).

Dès le 8 novembre 2005, l'assuré a consulté la Dresse W._____, spécialiste en neurologie. Dans un rapport du 10 novembre 2005 à l'Hôpital [...], ce médecin a résumé l'anamnèse comme suit :

« [...]

Depuis cette chute, le patient a relevé des paresthésies et un endormissement des 2 derniers doigts de la main droite remontant sur le bord cubital de la main et des 1^{ers} cm de l'avant-bras, ainsi qu'une petite perte de force de la main. La symptomatologie présente une discrète amélioration à ce jour. Aucune crampe n'est relevée, pas de décharge électrique mais d'occasionnelles douleurs dans la région épitrochléenne droite, lors de la palpation locale ou lors de la flexion marquée du coude. Il a relevé que la flexion maintenue du coude était à l'origine d'une aggravation de l'endormissement des doigts et de la main droite. Développement dans les jours suivant la chute de modestes douleurs cervico-scapulaires droites irradiant en région du coude, améliorées depuis la mise en place d'une physiothérapie. Par ailleurs, le patient a également observé des fourmillements et un endormissement du dos du pied G et de l'ensemble des orteils, associés à des paresthésies se commuant de nuit en des brûlures depuis l'accident également. Il peine à évaluer la force de son MIG (décharges partielles). Pas de description de crampes, pas de troubles

sphinctériens. Manœuvres de Valsalva négatives. Pas d'antécédent de lumbago ou sciatalgie ».

Sous « discussion », la Dresse W._____ a exposé que l'assuré présentait un double problème neurologique. L'un concernait le membre supérieur droit et se traduisait par un déficit sensitif et moteur distal, cliniquement très évocateur d'une atteinte cubitale droite au coude. La neurographie confirmait une neuropathie de ce nerf dont le pronostic apparaissait bon à moyen terme et pour autant qu'il n'y ait pas de contrainte persistante. Le second problème concernait le membre inférieur gauche, sous la forme d'une atteinte sensitive motrice, mais également végétative au niveau du pied, suggestive d'une atteinte multi-tronculaire dans les territoires péronier, tibial et/ou sural. L'évaluation électrophysiologique confirmait une atteinte neuropathique dans ces trois territoires, avec une atteinte prédominante dans le territoire péronier. Il s'agissait probablement d'un mécanisme neuropathique par étirement. Le pronostic était a priori favorable à moyen terme.

Le 23 novembre 2005, l'assuré a été transféré de l'Hôpital [...] à la [...], où il a séjourné jusqu'au 21 décembre 2005. Les médecins de cette clinique ont ajouté, aux diagnostics précédemment posés à l'Hôpital [...], celui de neuropathie sensitivomotrice péronière et tibiale gauche (G 62.9), probablement par étirement, et de neuropathie sensitivomotrice cubitale droite au coude par probable étirement. Dans leur rapport de sortie du 18 janvier 2006, les Drs D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecine physique et réadaptation, et O._____, médecin assistant, ont proposé la poursuite d'un traitement ambulatoire à visée de renforcement musculaire et de mobilisation du rachis et des membres inférieurs. A la sortie, l'assuré déclarait avoir amélioré sa marche, mais ressentir encore des douleurs au niveau du tibia, lors d'une charge supérieure à 50 kg sur le membre inférieur gauche. Il pouvait marcher avec les cannes en alterné, montait et descendait les escaliers à l'aide de cannes, et mobilisait peu son dos depuis l'abandon du corset. Les troubles périphériques du membre inférieur gauche (troubles dystrophiques légers avec cicatrice inflammatoire et adhérente, douleur à la palpation de l'ischion et du pubis, ainsi que de la tubérosité tibiale

antérieure, hypoesthésie et paresthésie dans le territoire antéro-externe de la jambe et du pied gauche) avaient été interprétés en relation avec le status post-opératoire récent et la neuropathie, traitée par Neurontin et Saroten. L'incapacité de travail était totale.

Dans un rapport du 17 février 2006 à la CNA, le Dr J. _____ a exposé avoir revu l'assuré pour un contrôle le 15 février 2006. L'évolution était marquée par la persistance de douleurs dorsolombaires sans irradiation, sans trouble sphinctérien, par des douleurs de la jambe gauche plutôt antérieures depuis le foyer de fracture jusqu'à l'articulation tibio-astragaliennne, sans tuméfaction ni rougeur locale, par la persistance de paresthésies et douleurs D4-D5 à gauche plus qu'à droite. A l'examen clinique, la palpation du rachis était douloureuse de D9 à L5, avec une distance doigts-sol de 30 cm et une raideur du segment dorso-lombaire. L'examen neurologique était sans particularité ; il en allait de même en ce qui concernait la mobilité des deux hanches. L'évolution de la fracture tibiale et de l'orteil du pied gauche était jugée bonne. Des douleurs de type compression-étirement des deux nerfs cubitiaux persistaient, confirmées par l'examen clinique et radiographique, d'évolution normalement favorable à moyen terme. Il en allait de même des douleurs par étirement au niveau péronier et tibial gauche, dont l'évolution serait probablement favorable à moyen terme. Un dommage permanent était à craindre en raison des fractures lombaires, avec des douleurs locales possibles à long terme.

Depuis le 8 novembre 2005, la Dresse W. _____ a réexaminé l'assuré à intervalles réguliers, notamment les 13 décembre 2005 (rapport du 16 décembre 2005) et 7 mars 2006. Alors que les plaintes et les constatations cliniques étaient relativement stables jusqu'à cette dernière date, l'assuré a fait part ce jour-là de l'apparition, au cours des deux derniers mois, de cervicalgies à prédominance droite associées à une sensation de pression ou de barre basi-crânienne et d'une irradiation dorsale. Il avait également observé l'installation d'un endormissement du 5^{ème} doigt du bord cubital de la main gauche, parfois du 4^{ème} doigt, de l'index et du majeur, associé à des paresthésies. L'examen clinique du

membre supérieur gauche avait permis de constater une hypoesthésie algo-tactile plutôt modeste du 5^{ème} doigt, peut-être discrètement du bord cubital de la main et des 3 premiers centimètres de l'avant-bras. Une électroneuromyographie avait conduit au diagnostic de neuropathie cubitale gauche au coude, sans atteinte motrice fonctionnelle. Une petite amélioration de l'atteinte neuropathique cubitale droite avait en revanche été constatée cliniquement. L'atteinte neurologique du membre inférieur restait inchangée (rapport du 10 mars 2006 de la Dresse W. _____).

G. _____ a effectué un second séjour à la [...], du 17 mai au 26 juin 2006. Le rapport de sortie établi par le Dr D. _____ et la Dresse P. _____, médecin-assistante, fait état des diagnostics nouveaux de lombalgies chroniques (M 54.5), céphalées de tension (G 44.2) et de douleurs chroniques du membre inférieur gauche (M 25.5.). Il reprend pour le surplus les diagnostics posés précédemment. Le Drs D. _____ et la Dresse P. _____ résument comme suit la discussion en fin de rapport :

« M. G. _____ a présenté un polytraumatisme en octobre 2005, dont les différentes fractures sont actuellement consolidées. Les différents bilans neurologiques ont mis en évidence des neuropathies sensitivomotrices cubitale gauche, cubitale droite et péronière et tibiale gauches. Ainsi que des céphalées de tension. Actuellement, le patient présente surtout un déconditionnement physique global. Les différents diagnostics traumatiques retenus n'expliquent pas entièrement les plaintes du patient. Il est possible que des facteurs contextuels soient présents.

Le bilan psychiatrique ne retient pas de psychopathologie avérée. Cependant, durant le séjour, le patient s'est montré très anxieux, avec des performances qui dépendent vraisemblablement de ce que perçoit le patient de la difficulté des exercices demandés avec des autolimitations plus importantes dès que la question professionnelle est abordée. Nous proposons une poursuite de la rééducation ambulatoire afin d'améliorer la condition physique générale et pousser le patient à adopter une attitude active. La reprise de l'activité antérieure de manœuvre sur les chantiers n'est pas réalisable au vu des différentes atteintes lors du polytraumatisme. Durant le séjour, une demande pour réorientation professionnelle a été envoyée (AI). Toutefois, la perception de son handicap fonctionnel par le patient ainsi que sa difficulté à être rassuré pourraient être des freins à sa réinsertion ».

Pendant le séjour de l'assuré à la [...], celui-ci a été adressé au Dr E. _____, spécialiste en neurologie, pour un consilium neurologique.

Ce médecin a procédé à un examen clinique le 23 juin 2006 et a notamment observé ce qui suit :

«Rappel anamnestique

[...]

M. G. _____ est hospitalisé depuis environ un mois à la [...], il a développé dans le cadre du séjour diverses plaintes, en particulier des céphalées, qui motivent l'évaluation. Il s'agit en fait de douleurs à la jonction cervico-occipitale, médianes, qui étaient marquées au début du séjour, d'intensité fluctuante, mais tendant à s'améliorer au fil des semaines. La douleur est néanmoins toujours présente, non pulsatile, quoi qu'il y ait quelques lancées. Elle est apparue dans le cadre des efforts physiques, résultant d'une extension proximale de rachialgies depuis la région lombaire haute, jusqu'en cervical. En parallèle, le patient a développé des paresthésies de l'hémiface droite, avec des brûlures, un engourdissement progressif. Les symptômes s'améliorent actuellement.

Il mentionne encore une diminution de la mémoire, présente elle depuis l'accident. Il y a aussi une diminution de l'acuité visuelle rapprochée pour l'œil gauche, avec un flou, sans diplopie.

M. G. _____ me signale finalement, avec une certaine gêne, des symptômes concernant la sphère urogénitale, symptômes dont il dit n'avoir pas osé parler à la Dresse W. _____. Il y a une sensation d'engourdissement des fesses, avec une difficulté d'évacuation des selles, de consistance dure. Il n'y a pas d'incontinence. M. G. _____ rapporte aussi des difficultés d'érection, avec parfois une perte de sensation de la région génitale, parfois des difficultés orgasmiques. Cette symptomatologie fluctuante s'inscrit dans un contexte de diminution de la libido. Il n'y a pas de plainte concernant les urines.

[...]

Status neurologique

[...]

Examen de la selle : Le patient rapporte de façon fluctuante une hyperesthésie de la région génitale et fessière à droite, plutôt algique que tactile. Le réflexe crémasterin est présent des deux côtés. Le réflexe bulbo-caverneux est obtenu de façon incertaine. Le tonus anal est normal, avec une contraction anale volontaire normale.

Appréciation

Je retrouve à mon examen clinique des troubles de la sensibilité subjective, faciale brachiale et au tronc à droite, sous forme d'une hypoesthésie, sans élément objectif associé à mon examen clinique. Il y a ainsi une hyperesthésie de la région génitale, encore une fois sans élément objectif. Des céphalées s'inscrivent aussi dans ce contexte, avec des douleurs reproduites à la palpation de la musculature paracervicale haute et à la jonction cervico-occipitale. J'interprète donc les céphalées comme tensionnelles, en relation avec des tensions musculaires, chez un patient inquiet de tous ses symptômes nouveaux. Je ne suis dans ce contexte pas surpris que l'IRM cérébrale avec séquences angiographiques artérielles et séquences de diffusion soit strictement normale. J'ai donc pu rassurer le patient quant aux symptômes bénins qui l'affectaient. Je

note que depuis la diminution de la médication, en particulier le Saroten, une bonne part des symptômes se sont améliorés. Il faut poursuivre dans ce sens.

A fortiori, il est vraisemblable que le Saroten ait participé aux plaintes concernant le transit intestinal et la fonction sexuelle. L'arrêt de cette médication devrait mener à une amélioration rapide de cet aspect. Je n'ai ainsi pas de proposition d'évaluation complémentaire ou de traitement spécifique. Le Dr I. _____ ne devrait être consulté qu'en cas de persistance des troubles.

Il persiste des déficits sensitifs dans le territoire du nerf péronier gauche, avec des douleurs à caractère neurogène. Je note que l'arrêt du Saroten n'a pas modifié la symptomatologie. L'arrêt du Lyrica a mené à une aggravation, mais transitoire. Il n'y a donc pas de raison de reprendre ces deux médications. Comme une gêne persistait, on pourrait tenter un traitement topique, par exemple avec des anesthésiques locaux, en seconde intention l'Amitriptyline ».

La Dresse W. _____ a revu l'assuré le 13 juillet 2006 pour un nouvel examen neurologique, lors duquel il a fait part de « multiples plaintes anciennes et plutôt amplifiées, mais également de nouvelles ». Il s'inquiétait notamment de l'installation, depuis quelques semaines, d'une baisse de sensibilité de l'hémiface droite, prenant globalement le membre supérieur droit et dernièrement également la cuisse droite, sans pouvoir se montrer plus précis. Il se disait également particulièrement gêné par des douleurs en un point précis du rachis dorsal médian inférieur, favorisées par toute position prolongée (après 30 minutes). Par moments, elles irradiaient distalement et s'associaient à une description de lombalgies basses en barre ; d'autres moments, elles irradiaient proximale dans le rachis cervical ainsi que dans la région crânienne postérieure. L'assuré parlait de mal de tête postérieur sous forme de pression, les douleurs étant quasiment quotidiennes depuis juin 2006 et s'associant à une sensation de flou visuel. Sur demande, il évoquait un problème d'exonération de selles, parlait d'endormissement des fesses mais pas de l'anus, parfois de la zone génitale. Il ne souhaitait toutefois pas s'exprimer davantage sur cette problématique ni sur les éventuels troubles sexuels. Un examen de la selle par le Dr E. _____ n'avait rapporté aucune particularité significative. L'examen neurologique pratiqué par la Dresse W. _____ ne mettait pas en évidence d'élément objectif nouveau, mais l'interprétation fine des observations paraissait limitée dans le cadre du développement de troubles évocateurs d'une

surcharge fonctionnelle. Il n'y avait en tout cas pas de déficit moteur significatif dans les territoires nerveux tronculaires cubitiaux droit et gauche ni sur les terminales motrices du tronc sciatique gauche. On pouvait accorder la persistance de troubles sensitifs dans ces trois territoires, sans éléments objectifs en faveur d'une souffrance médullaire ou d'une souffrance cérébrale. Si l'examen neurologique était plutôt rassurant, l'évolution subjective était plutôt défavorable avec persistance, voire installation de plaintes douloureuses d'allure chronique (rapport du 20 juillet 2006 de la Dresse W._____).

La Dresse W._____ a pratiqué un bilan électrophysiologique les 19 septembre et 3 octobre 2006, en complément de l'évaluation neurologique du 13 juillet 2006. Ce bilan avait confirmé l'amélioration des paramètres de conduction nerveuse motrice du nerf cubital droit avec disparition du bloc de conduction moteur au coude ; en revanche, une altération des paramètres sensitifs, qui pouvaient être corrélée avec la persistance des troubles sensitifs dans le territoire de ce nerf avait été constatée. La myographie de détection, de même que l'examen clinique, ne montraient pas d'indice d'une atteinte neurologique périphérique autre que les séquelles de l'atteinte neuropathique cubitale droite. Le sentiment de faiblesse du membre supérieur droit ne pouvait donc pas être corrélé à une atteinte neurologique périphérique ni centrale. Une récente imagerie par résonance magnétique cérébrale n'avait pas permis d'expliquer l'hémisyndrome sensitif subjectif facio-brachio-crural droit. Enfin, une neuropathie médiane droite au canal carpien asymptomatique avait été constatée. Concernant le membre supérieur gauche, l'assuré conservait des troubles sensitifs dans le territoire du nerf cubital gauche, probablement relativement discrets. La neurographie relative au membre inférieur gauche confirmait la stabilité, voire une discrète amélioration d'une neuropathie péronière gauche, la neurographie tibiale étant normale. Cliniquement, la fonction motrice des troncs péroniers et tibiaux était normale, les brûlures de la jambe et du pied gauche étant le reflet de l'atteinte sensitive dans le territoire péronier. De manière extrêmement pudique, mais également extrêmement limitée et peu précise, le patient avait mentionné des difficultés d'exonération des selles, « a priori dans les

suites immédiates de l'accident ». Ne pouvant obtenir de renseignements anamnestiques plus précis et ne pouvant examiner le patient dans ce domaine précis, la Dresse W._____ avait fait compléter le bilan par une imagerie par résonance magnétique lombaire. Cette dernière montrait une ancienne fracture-tassement de L1 sans déplacement du mur postérieur ni herniation discale, ainsi que des discopathies dégénératives étagées de L3 à S1 prédominant sur ce dernier étage. Cet examen permettait d'écarter une pathologie au niveau du cône médullaire ou sur les racines lombosacrées à la hauteur du canal lombaire. En l'absence d'anamnèse précise et d'examen neurologique local (non réalisable par une femme chez ce patient, mais a priori normal selon le rapport du Dr E._____), la Dresse W._____ ne pouvait prendre formellement position quant à une origine organique ou fonctionnelle des plaintes sexuelles et d'exonération des selles. Dans l'immédiat, elle proposait de tenter d'améliorer les difficultés d'exonération des selles, de rassurer le patient et de réévaluer à moyen terme si un examen spécifique devait être réalisé par un collègue neurologue masculin (rapport du 3 octobre 2006).

Le 1^{er} décembre 2006, le Dr J._____ a exposé, dans un rapport au Dr V._____, médecin d'arrondissement de la CNA, que la fracture type mur antérieur de L1 était consolidée sans lordose ni scoliose localisée, avec un tassement de l'ordre de 35 % stable. Il n'y avait pas de discopathie évidente sus- et sous-jacente. Les fractures des branches ilio-et ischiopubiennes gauches étaient consolidées sans déplacement. Enfin, en ce qui concernait la jambe gauche, le matériel d'ostéosynthèse (clou centro-médullaire) était en place ; la fracture était consolidée sans trouble de rotation ni défaut d'axe en valgus ou varus. Les lésions des nerfs cubitiaux suivies par la Dresse W._____ ne montraient pas d'évolution défavorable et ne nécessitaient aucun traitement chirurgical. Un bilan neurologique était programmé en raison des plaintes multiples neurologiques et des nouvelles plaintes relatives à des troubles d'exonération des selles sans substrat clair.

Le 3 janvier 2007, le Dr [...], spécialiste en médecine interne, a procédé à une rectosigmoïdoscopie et à un examen clinique de l'assuré.

La rectosigmoïdoscopie était dans la norme et l'examen clinique a permis de constater une tonicité sphinctérienne et une sensibilité péri-anale normale. Il a proposé un traitement par suppositoires de glycérine pour faciliter l'exonération.

Le 29 janvier 2007, la Dresse W. _____ a exposé, dans un rapport au Dr V. _____, qu'il n'y avait aucun déficit fonctionnel significatif sur le plan neurologique, bien que le patient se sente incapable d'exercer une activité professionnelle en raison du syndrome douloureux multiple persistant. Elle proposait un nouveau stage en ateliers professionnels en vue d'évaluer les possibilités de reclassement, qui paraissait raisonnable en raison des restrictions de port de charges lourdes imposées par les séquelles de l'accident.

Le 13 mars 2007, le Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie, et la psychologue T. _____, tous deux consultés par l'assuré à raison d'une séance toutes les deux semaines, ont établi un rapport à l'intention de la CNA. Ils ont posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2). Le traitement médicamenteux était poursuivi par le médecin traitant. En partant de l'hypothèse que l'état psychologique de l'assuré était la conséquence de son état physique, il leur était difficile de répondre aux questions de la CNA relatives à l'incapacité de travail causée par l'atteinte à la santé psychique. Ils estimaient toutefois que la symptomatologie psychologique s'atténuerait si la symptomatologie somatique suivait la même évolution, l'état psychologique n'étant pas le facteur influençant principalement la capacité de travail.

Le 12 juin 2007, la Dresse W. _____ a revu l'assuré et constaté ce qui suit :

« A l'examen neurologique, on retrouve un hémisyndrome sensitif facio-brachio-crural droit d'allure fonctionnelle et inchangé depuis qu'il a été relevé il y a plus d'une année. Il n'y a aucun élément objectif autre pouvant être mis en relation avec cet hémisyndrome. Je n'ai pas repris l'examen de manière détaillée concernant les séquelles d'une neuropathie péronière et tibiale gauche et neuropathie cubitale D>G.

L'examen du rachis est marqué par une perte de souplesse au niveau dorso-lombaire, toute motricité rachidienne étant ressentie comme douloureuse, de même que l'immobilisation prolongée s'associe au déclenchement de douleurs musculaires par rachidiennes de niveau variable. Rien de significatif et nouveau à l'examen rachidien de ce jour.
[...] ».

Le 23 août 2006, le Dr J. _____ a retiré le matériel d'ostéosynthèse du tibia gauche. Entre-temps, la CNA a confié à la Dresse Q. _____, spécialiste en neurologie, le soin de réaliser une expertise sur dossier relative aux troubles neurologiques de l'assuré. Dans un rapport du 11 octobre 2007, l'experte a posé les diagnostics et appréciation suivants :

« Diagnostics

Accident du travail du 12.02.2005 avec

- fracture du bassin ischio-ilio-pubienne gauche
- fracture du 5^{ème} orteil gauche
- fracture du mur antérieur de L1

D'un point de vue neurologique, de manière intercurrente

- compression du nerf ulnaire (cubital) gauche, du nerf fibulaire gauche et du nerf péronier gauche- syndrome du canal carpien droit.

Dorsalgies avec

- troubles subjectifs de la sensibilité périnéale et troubles de la défécation (depuis le mois de mai 2006)

Hémisyndrome sensitif droit de nature fonctionnelle, céphalées, vertiges (apparus depuis le mois de mai 2006) dans le contexte d'examens complémentaires normaux.

Appréciation

L'appréciation de la situation de l'assuré d'un point de vue orthopédique a déjà été effectuée de manière exhaustive - et en particulier par le médecin d'arrondissement. Elle ne fait pas l'objet de la présente expertise.

[...]

Pendant la période de sa convalescence, l'assuré présentait des troubles neurologiques sous forme de compressions nerveuses au niveau du coude droit et de la jambe gauche également. Ces troubles occupaient une place de premier plan au cours de la phase de mobilisation. [...] [Ils] ont disparu dans l'intervalle ; l'amélioration de la situation se reflète par des paramètres électroneurographiques normalisés. Les neuropathies du nerf péronier et du nerf fibulaire ont été attribuées à un mécanisme de traction consécutif à la fracture du tibia. Là aussi, il est avéré que les troubles sensibles post-traumatiques se sont améliorés. Ces troubles particuliers ne nécessitent pas d'examens supplémentaires, ni d'autres traitements.

Dès le printemps 2006, Monsieur G._____ se plaignait de sensations anormales dans la région de l'anus et, partiellement aussi, dans la région uro-génitale. Remarquons ici que ces troubles se sont manifestés après une période de latence de 8 mois. D'autres doléances ont été exprimées plus tard sous forme de troubles de l'évacuation rectale et d'impuissance ; ces troubles persistent encore à l'heure actuelle de manière identique. Le diagnostic d'un «syndrome de la queue de cheval» a été alors évoqué (il s'agit d'un rétrécissement du canal rachidien avec compression radiculaire en dessous de L1/L2). Des examens cliniques ont été alors organisés sans tarder : nouveaux examens neurologiques, examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire en septembre 2006 et rectoscopie en janvier 2007. L'ensemble des résultats de ces examens étaient normaux. Le gastroentérologue décidait de traiter la problématique anorectale comme de la constipation. [...]

L'ensemble [des symptômes d'un syndrome de la queue de cheval] ont été recherchés chez Monsieur G._____ ; [ils] n'ont pas pu être mis[] en évidence, à l'exception de troubles sensitifs variables. Malheureusement, nous ne pouvons que déplorer que l'examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du rachis lombaire ne se trouve pas parmi les pièces du dossier.

Ce trouble n'a pas de rapport de causalité vraisemblable avec l'accident (la fracture du mur antérieur de la 1^{ère} vertèbre lombaire (L1) ne peut - à elle seule - être à l'origine d'un syndrome de la queue de cheval ou d'une éventuelle compression radiculaire. Toutefois, nous estimons qu'il faudrait répéter l'imagerie diagnostique pour satisfaire aux exigences du diagnostic différentiel et pour compléter les mesures d'instruction. Je pense ici à la présence possible d'un kyste épidual débutant, bien que l'absence d'un accroissement de la symptomatologie soit plutôt inhabituelle pour une telle pathologie. Un «tethered cord syndrom » (syndrome de moelle attachée/amarrée ou filum terminale) est également imaginable, mais pas vraisemblable, si nous nous en tenons aux examens qui sont documentés.

Pour ma part, j'estime que les troubles de l'assuré sont de nature subjective, à condition que les résultats de l'examen que nous venons de mentionner soient dans la norme et que l'on ne décèle pas de substrat radiologique permettant d'expliquer les troubles sensibles. Je pense qu'il s'agit ici d'un état de constipation, comme le gastroentérologue l'a d'ailleurs évoqué. Il faudrait également tenir compte d'une interférence médicamenteuse, telle que le Tramal, comme facteur aggravant.

Des vertiges ainsi qu'un hémisynndrome sensible sont apparus 8 mois après l'accident - dans le contexte de réflexes cornéens normaux, d'un électro-encéphalogramme (EEG) également normal et d'un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) normal lui aussi. Ces troubles correspondent à une amplification des symptômes sans corrélation clinique et sans lien chronologique avec l'accident. La même remarque vaut aussi pour les douleurs abdominales et les troubles du sommeil dont l'assuré s'est plaint. Les maux de tête ont déjà été décrits par le neurologue comme des céphalées vasomotrices et elles ont été traitées comme telles. Par

conséquent, il n'est pas nécessaire d'effectuer d'autres mesures d'instruction neurologiques à ce sujet.»

L'expert a proposé de répéter l'examen d'imagerie par résonance magnétique du rachis lombaire, de L1 jusqu'au niveau du cône terminal, en recherchant une sténose du canal rachidien, une compression radiculaire, un kyste épidural dans le sens d'une lésion associée à un syndrome de la queue de cheval. Il convenait de comparer cet examen avec celui réalisé en septembre 2006. Sous réserve de cet examen, l'expert considérait que la capacité résiduelle de travail n'était pas limitée par une atteinte neurologique et qu'elle était exclusivement déterminée par les séquelles orthopédiques de l'accident. Il n'y avait pas davantage d'atteinte à l'intégrité sur le plan neurologique.

L'assuré a consulté le Dr B._____, spécialiste en chirurgie viscérale, qui est notamment médecin-associé en chirurgie viscérale et à l'unité de proctologie [...]. Dans un rapport du 3 décembre 2007 au Dr [...], celui-ci a exposé ce qui suit :

« [...]

Depuis cet accident, Monsieur G._____ note l'apparition d'une incapacité à reproduire une défécation complète. Celle-ci peut être initiée puis, après l'émission de petites selles en très faible quantité, il est nécessaire de pratiquer des manœuvres de vidanges digitales prolongées afin de pouvoir procéder à une vidange appropriée. Cette situation est maintenant stable depuis l'accident et aucun changement n'est à signaler. Monsieur G._____ signale par ailleurs de multiples troubles annexes sous forme de douleurs lombaires et de douleurs de la colonne cervicale ainsi que des paresthésies occasionnelles et un sentiment de parésie du membre supérieur droit et du membre inférieur gauche.

Tu as réalisé une rectosigmoïdoscopie le 3 janvier 2007 démontrant un tractus colo-rectal distal normal et une manométrie aux pressions basales et aux pressions volontaires normales avec une éventuelle dysnergie ano-rectale [...].

Une défécographie réalisée le 5 février 2007 par le Dr [...] démontrait une intussusception rectale intra-anales de type muqueux et une exonération lente et incomplète.

A l'examen clinique, on est frappé par une région ano-rectale d'aspect normal, en présence d'un tonus parfaitement conservé et bien coordonné. Sangle pubo-rectale légèrement proéminente que le patient arrive bien à relâcher.

Je réalise un ultrason qui démontre d'une part l'intégrité des sphincters ainsi qu'une bonne coordination de la sangle pubo-rectale. Le diagnostic d'asynchronisme abdomino-périnéal peut être dès lors exclu.

On pense dès lors à un trouble neurologique «suspendue» intéressant le rectum de manière isolée et non la région du pelvis.

Je pense qu'une neurostimulation sacrée peut offrir une alternative thérapeutique valable chez Monsieur G._____.

Je présenterai prochainement les images de défécographie et discuterai le cas de ce patient avec le Dr H._____ de [...] et je pense qu'un bilan neurologique complet de la région est nécessaire ».

Le 10 décembre 2007, le Dr J._____ a attesté que le traitement orthopédique était terminé et que les fractures étaient consolidées. La suite de la prise en charge globale était assurée par le médecin traitant, le Dr [...].

Le 15 janvier 2008, la Dresse W._____ a procédé à une nouvelle imagerie par résonance magnétique du rachis lombaire pour la comparer à celle déjà réalisée en septembre 2006, conformément à la proposition de la Dresse Q._____. Elle a par ailleurs revu l'assuré pour un examen neurologique le 21 janvier 2008, sans nouvelle constatation. L'imagerie par résonance magnétique n'avait pas mis en évidence de contrainte radiculaire intra-canaulaire, pré- ou intraforaminale, ni d'anomalie morphologique ou du signal au niveau du cône médullaire ou de la queue de cheval. Elle était en tout point comparable à celle réalisée en 2006.

Le 19 mai 2008, le Dr V._____ a pris position sur le dossier en constatant que la situation était stabilisée sur le plan somatique. D'un point de vue orthopédique, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail n'imposant pas le port de charges lourdes ni des mouvements répétitifs de flexion/extension du tronc, surtout en portant des charges. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle d'origine neurologique attribuable à l'accident. Enfin, des troubles psychologiques étaient présents et faisaient encore l'objet d'une prise en charge médicale ; le Dr V._____ invitait « l'administration » à bien vouloir évaluer l'adéquation entre

l'accident assuré et ces atteintes psychiques. Cas échéant, une appréciation par le psychiatre conseil pourrait être requise. Le Dr V._____ proposait de constater une atteinte à l'intégrité de 10 % en raison des séquelles d'une fracture de L1.

La Dresse W._____ a revu l'assuré le 16 janvier 2009 et a notamment mentionné, dans son rapport d'examen du 19 janvier 2009, le diagnostic de « troubles de l'exonération des selles et peut-être de la fonction sexuelle sur possible dysfonction radiculaire sacrée après fracture du sacrum et de la branche ischio-pubienne gauche », dès 2006. A l'examen neurologique, elle n'a relevé aucun élément évocateur d'une dysfonction neurologique centrale, mais quelques troubles sensitifs superficiels du dos du pied gauche, certainement séquellaires de l'atteinte neuropathique péronière et tibiale. Elle a également noté une discrète hypomyotrophie relativement globale du membre inférieur gauche, sans atteinte motrice focale. Enfin, elle a précisé que lors d'une évaluation proctologique réalisée en octobre 2008, le Dr [...], spécialiste en chirurgie, avait évoqué la présence d'une zone d'hyposensibilité au niveau du périnée, le toucher rectal de l'époque mettant en évidence un sphincter normotone à hypertone et une mobilité réduite du muscle pubo-rectal, suggestifs d'une participation neurologique aux troubles sphinctériens anaux et peut-être de la fonction sexuelle.

Le 1^{er} mars 2010, toutefois, la Dresse W._____ a procédé à un nouvel examen radiologique et a exclu la présence d'une contrainte radiculaire lombo-sacrée (rapport du 2 mars 2010).

Pour leur part, le Dr F._____ et la psychologue T._____ ont établi un rapport médical le 18 janvier 2010, dans lequel ils ont posé les diagnostics d'état dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) et de trouble anxieux, sans précision (F 41.9). Le traitement consistait en une psychothérapie à raison d'une séance toutes les deux semaines et la prescription de Cipralex.

La CNA a confié au Dr R._____, spécialiste en neurologie, le soin de réaliser une expertise neurologique. Celui-ci a procédé à un examen clinique ainsi qu'à un examen électrophysiologique le 13 juillet 2010. Dans un rapport établi le même jour, il expose n'avoir pas constaté de séquelle neurologique de l'accident subi en 2005. Il fallait néanmoins tenir compte de plaintes au niveau sphinctérien, qui semblaient authentifiées par l'examen du Dr B._____, mais ne trouvaient pas d'explication claires d'un point de vue neurologique. En effet, il n'y avait pas d'autres symptômes ni signes d'une atteinte du cône médullaire et de la queue de cheval ; en outre, il n'y avait pas de rupture du mur postérieur et d'atteinte du cône médullaire ou de la queue de cheval aux diverses imageries par résonance magnétique. Déclarant ne pas pouvoir se prononcer plus avant sur les troubles sphinctériens, dont il mettait la problématique de côté, le Dr R._____ a finalement répété, pour le surplus, l'absence de séquelle neurologique significative de l'événement accidentel de 2005.

Le 25 août 2010, le Dr M._____, médecin d'arrondissement de la CNA et psychiatre-psychothérapeute, a reçu l'assuré pour un examen clinique. Dans son rapport du 1^{er} septembre 2010, il a observé que l'assuré avait développé, dès 2006, une symptomatologie psychique de plus en plus importante, qui avait amené l'assuré à consulter le Dr F._____ et la psychologue T._____. Le Dr M._____ a posé le diagnostic de troubles de l'humeur persistants, sans précision (F 34.9). Il a exposé que la symptomatologie dépressive était fluctuante, oscillant entre une intensité légère et modérée. Il n'y avait pas, lors de l'examen, de constatation permettant de diagnostiquer un épisode dépressif sévère. Compte tenu du contexte, du mode de présentation clinique (mêlant douleur et troubles de l'humeur), l'ensemble suggérait fortement un processus « d'invalidation » avec une très probable composante associée de troubles somatoformes, pouvant faire évoquer un syndrome somatoforme douloureux. Le Dr M._____ avait toutefois renoncé à poser ce diagnostic « dans un contexte d'atteintes physiques encore importantes et pas complètement clarifié ». La pathologie psychique entraînait une incapacité de travail évaluée à 50 % tout au plus, mais était

sujette à de fortes variations dans le temps. Il n'y avait en principe pas d'atteinte à l'intégrité définitive sur le plan psychique. Toutefois, l'ancienneté du cas et sa complexité, avec un arrêt de travail qui durait depuis cinq ans, compromettaient fortement toute réintégration socioprofessionnelle digne de ce nom.

Le 13 décembre 2010, la CNA a annoncé à l'assuré qu'elle mettait fin à la prise en charge du traitement médical et qu'elle verserait des indemnités journalières pour une incapacité de travail totale jusqu'au 31 décembre 2010, puis qu'elle statuerait sur le droit à une rente.

Le 13 janvier 2011, le Dr B._____ a écrit au médecin d'arrondissement de la CNA que l'assuré souffrait de troubles de la défécation associés à une incontinence. Un test de neuromodulation sacrée avait démontré une réduction de 50 % des symptômes. La qualité de vie avait été améliorée de plus de 50 %. Une implantation permanente était donc souhaitée.

Prenant position le 28 mars 2011, le Dr S._____, médecin d'arrondissement de la CNA, remplaçant le Dr V._____, a considéré qu'aucune évidence neurologique susceptible d'expliquer les troubles sphinctériens de l'assuré ne ressortait des examens du Dr W._____ et de « l'évaluation approfondie du Dr R._____ ». Il n'y avait donc aucun argument objectif permettant d'infirmer l'appréciation de la Dresse Q._____ de 2007 relative à l'absence de causalité entre les troubles sphinctériens et l'accident.

Par décision du 14 avril 2011, la CNA a alloué à G._____ une rente fondée sur un taux d'invalidité de 21 %, dès le 1^{er} janvier 2011, ainsi qu'une indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 10 %.

Le 18 mai 2011, G._____, représenté par Me Carré, s'est opposé à cette décision en contestant, notamment, la stabilisation de l'état de santé de l'assuré, ainsi que l'absence de rapport de causalité entre l'accident et les troubles sphinctériens dont souffrait l'assuré. Il

contestait également les taux d'invalidité et d'atteinte à l'intégrité fixés par la CNA. A l'appui de son argumentation, il a produit un rapport du 16 mai 2011 du Dr [...], attestant qu'il suivait médicalement l'assuré depuis 1995 et que si ce dernier avait « formulé durant ces années [...] toutes sortes de plaintes non systématisées entrant dans le cadre d'un état anxio-dépressif et d'un syndrome de stress post-traumatique, [...] il ne s'était jamais plaint de troubles sphinctériens avant l'accident de 2005, et même début 2006 ». Me Carré a également produit un rapport du 11 mai 2011 du Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique, constatant qu'il ne pouvait pas réaliser d'IRM du rachis en raison de la présence d'un stimulateur. Celui-ci était en place, mais ne fonctionnait pas en l'absence de batterie, non prise en charge par la CNA. De son point de vue, un tel stimulateur serait une aide pour l'assuré ; son efficacité constituerait également une preuve indirecte du lien de causalité entre l'accident et « les lésions sphinctériennes », ce point devant être tranché par le spécialiste de la question, le DrB._____.

Le 25 mai 2013, le Dr B._____ a requis une seconde fois du médecin d'arrondissement de la CNA qu'il donne son accord pour l'implantation définitive d'une neuromodulation sacrée en vue d'améliorer les troubles ano-rectaux et l'incontinence « apparue dans les suites d'une chute de chantier en 2005 avec fracture du bassin et fracture lombaire ».

Le 24 février 2014, toutefois, le matériel de neuromodulation qui avait été placé en vue du test de neuromodulation sacrée réalisé en 2010 a dû être retiré parce qu'il avait provoqué une surinfection. Dans un rapport du 4 avril 2014 à Me Carré, le Dr B._____ a exposé qu'il y avait toujours une indication à la pose d'un neurostimulateur sacré définitif et qu'une nouvelle réimplantation était possible. Me Carré a remis ce document à la CNA, ainsi qu'un rapport du 12 mai 2014 du Dr H._____, attestant que le test de neuromodulation avait largement amélioré la fonction ano-rectale ainsi que la qualité de vie de l'assuré, « lui permettant certainement de reprendre une activité ». L'implantation d'un neurostimulateur sacré demeurait tout à fait indiquée, même s'il avait

fallu enlever les premières électrodes en urgence à la suite d'une infection.

Le 10 juin 2014, la Dresse [...], médecin d'arrondissement de la CNA, a pris position comme suit sur le dossier :

« Une intussusception ou plutôt prolapsus rectal interne est bien connu en proctologie. On estime que 50 % des patients porteurs d'un prolapsus rectal interne avaient une symptomatologie de constipation terminale avec sensation d'obstruction souvent accompagnée d'incontinence, de douleurs ano-rectales et même de rectorragies (rares).

Selon d'autres auteurs, il est même dit que le prolapsus intra-rectal est une anomalie fréquente et qu'il désigne une intussusception de la paroi rectale se manifestant lors des efforts de poussée et de manière permanente.

Pour rappel, le Dr B. _____ relevait dans son courrier du 03.12.2007 une intussusception rectale intra-anales de type muqueux avec exonération lente et incomplète sur la défécographie du 05.02.2007.

Concernant la neuro-modulation sacrée, elle est indiquée en cas d'incontinence fécale, de constipation, d'incontinence urinaire et de rétention urinaire. Dans certaines circonstances elle ne doit être considérée qu'en cas d'échec du traitement conservateur comportant l'éducation du patient, les changements diététiques, les médicaments et le biofeedback.

Le mode d'action de la neuro-modulation reste méconnu.

La 1^{ère} hypothèse est que la neuro-modulation des racines sacrées entraînerait une amélioration de la fonction du sphincter anal externe par stimulation directe des motoneurons alpha innervant ce sphincter, la neuro-modulation provoquant ou facilitant la contraction du sphincter anal externe chez des patients ayant une commande volontaire absente ou déficiente.

Le 2^{ème} mécanisme d'action possible est une réduction de la motricité et/ou une augmentation de la compliance rectale responsable d'une amélioration des capacités du réservoir rectal et donc de la continence fécale.

Au vu des différentes appréciations ci-dessus, comme des appréciations antérieures des médecins d'arrondissement précédemment consultés, il n'y a aucun trouble neurologique relevé chez cet assuré qui justifierait de la neuro-modulation comme suite de traitement de l'événement de 2005. Il avait d'autre part été précisé que le début des problèmes de [l'assuré] s'était installé après un délai de 8 mois suite à l'accident.

D'autre part, il présente des «particularité morphologiques» du rectum qui sont bien connues.

Il n'existe donc aucune relation de causalité naturelle entre les troubles sphinctériens motivant la mise en place d'un neurostimulateur et l'accident de 2005.

L'exigibilité définie par le Dr V. _____ le 19.05.2008 est retenue pour l'affection lombaire et se définit avec les limitations suivantes : port de charges lourdes, activités nécessitant des mouvements répétitifs de F/E du tronc, surtout en portant des charges.

En dehors de ceci, il n'y a pas de limitation sur le plan orthopédique.

Dans son appréciation du 19.07.2010, le Dr Crespo avait maintenu cette exigibilité.

Aucun nouveau renseignement médical ne justifie, actuellement, de modifier l'exigibilité avec les limitations données par le Dr V. _____ le 19.05.2008 ».

B. Parallèlement à la procédure devant la CNA, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, le 26 juin 2006. Par décision du 4 mars 2011, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : OAI) lui a alloué une rente entière pour la période du 1^{er} octobre 2006 au 30 septembre 2008, puis une demi rente dès le 1^{er} octobre 2008. A la suite d'un recours de l'assuré devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, les parties ont transigé, l'OAI allouant finalement une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} octobre 2006 au 30 septembre 2008, puis trois-quarts de rente dès le 1^{er} octobre 2008. La Cour des assurances sociales a ratifié cette transaction et radié la cause du rôle, le 15 mars 2013.

Par décision du 24 mai 2014, la CNA a procédé à un calcul de surindemnisation et a constaté une surindemnisation de 37'339 fr. 70 de l'assuré pour la période du 12 octobre 2005 au 31 décembre 2010. Elle a demandé à l'OAI la compensation de ce montant, à restituer par l'assuré, avec les arrérages de rentes de l'assurance-invalidité. Me Carré s'est opposé à cette décision le 26 juin 2013.

C. Par décision sur opposition du 14 juillet 2014, la CNA a confirmé sa décision du 14 avril 2011, mettant fin à la prise en charge du traitement médical et des indemnités journalières avec effet au 31

décembre 2010 et allouant à l'assuré une rente fondée sur un taux d'invalidité de 21 % dès le 1^{er} janvier 2011, ainsi qu'une indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 10 %. Elle a également confirmé la décision du 24 mai 2014 fixant à 37'339 fr. 70 le montant des prestations à restituer par l'assuré - sous forme de compensation avec l'arrérage de rentes de l'assurance-invalidité - pour cause de surindemnisation entre le 12 octobre 2005 et le 31 décembre 2010.

D. Par acte du 14 septembre 2014, Me Carré, pour G._____, a interjeté un recours de droit administratif contre la décision sur opposition du 14 juillet 2014. Il conclut en substance, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'indemnités journalières pour la période postérieure au 31 décembre 2010, à la prise en charge par l'intimée des frais relatifs à la pose définitive d'un appareillage de neuromodulation sacrée, ainsi qu'au renvoi de la cause à l'intimée pour qu'elle établisse un nouveau décompte de surindemnisation. A titre subsidiaire, il demande l'octroi d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 64 % au moins et d'une indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 25 % au moins. A titre plus subsidiaire encore, il conclut au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Le recourant a par ailleurs demandé l'assistance judiciaire pour la procédure de recours et a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire. Il a demandé, enfin, que le tribunal statue à titre incident sur le droit aux prestations pécuniaires comme telles, puis qu'il l'invite à compléter sa motivation relative à la surindemnisation avant de statuer sur ce point.

L'intimée a conclu au rejet du recours, le 6 janvier 2014. Le juge en charge de l'instruction de la cause a alloué l'assistance judiciaire au recourant et a désigné d'office Me Carré, le 14 janvier 2015.

Les parties ont maintenu leurs conclusions aux termes de leurs nouvelles déterminations des 10 avril 2015 (recourant) et 5 mai 2015 (intimé).

Le 22 août 2016, le juge en charge de l'instruction de la cause a invité l'intimée à se déterminer sur la manière dont elle avait établi le revenu hypothétique sans invalidité, fixé à 67'673 fr. dans la décision sur opposition litigieuse. L'intimée était invitée, en particulier, à exposer si ce revenu tenait compte des deux activités professionnelles exercées par le recourant avant l'accident ou uniquement de l'activité principale, cas échéant pour quels motifs.

Le 22 septembre 2016, l'intimée a exposé que le revenu hypothétique sans invalidité avait été établi en prenant en considération un revenu horaire de 26 fr. 70, pour quarante-cinq heures par semaine et cinquante-deux semaines, auquel s'ajoutait un treizième salaire (8,33 %). Elle renvoyait à la pièce n° 205 de son dossier.

La détermination du recourant a été communiquée à l'intimée pour information et Me Carré a été invité à produire la liste de ses opérations, ce qu'il a fait par acte du 14 octobre 2016.

E n d r o i t :

1. **a)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 60 al. 1 LPGA) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. Le présent arrêt est un jugement partiel et porte sur le droit du recourant à la pose d'un appareillage de neuromodulation sacrée, à la charge de l'intimée, ainsi que de manière plus générale à la poursuite du traitement médical et du versement des indemnités journalières postérieurement au 31 décembre 2010. A défaut, le droit à la rente et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité seront également examinés.

La question de la réduction des prestations pour cause de surindemnisation, pour la période courant jusqu'au 31 décembre 2010, fera l'objet d'un arrêt à rendre ultérieurement, après que le recourant aura pu compléter son recours sur ce point.

3. **a)** Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité

prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA).

Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). Le point de savoir si l'on peut attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, dépend essentiellement de l'amélioration ou du maintien de la capacité de travail que l'on peut en attendre, dans la mesure où cette capacité est limitée en raison des séquelles de l'accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références ; TF 8C_397/2010 du 3 août 2010 consid. 5, 8C_90/2010 du 23 juillet 2010 consid. 5.2).

Enfin, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA).

b) aa) 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. 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. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1 p. 406, 119 V 335 consid. 1 p. 337, 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références).

bb) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références). La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. L'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques consécutifs à l'accident doit, en règle générale, être niée d'emblée, tandis qu'elle doit être admise en cas d'accident grave.

En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa).

4. L'intimée considère que les atteintes à la santé physique entraînées par l'accident ne requièrent plus de traitement médical particulier et n'entraînent plus d'incapacité de travail dans une activité adaptée, n'imposant pas le port de lourdes charges ni des mouvements répétitifs de flexion et d'extension du tronc. Ces limitations et leur origine accidentelle sont clairement établies et doivent être constatées à ce stade.

L'intimée n'admet pas de rapport de causalité naturelle entre les problèmes d'exonération des selles et d'incontinence présentés par le recourant, ni de rapport de causalité adéquate entre l'accident et ses

troubles psychiques. Le recourant conteste essentiellement ces deux aspects de la décision sur opposition litigieuse. Il se réfère principalement aux rapports des Drs B. _____ (lettre à la CNA du 21 décembre 2011), H. _____ (lettre du 12 mai 2014 à Me Carré), [...] et [...] (lettre de juin 2011 à Me Carré). Il soutient, en particulier, qu'il n'avait pas présenté de problème d'exonération de selles avant l'accident, que les symptômes s'étaient présentés immédiatement après l'accident et que la phase de test de la neuromodulation sacrée avait amélioré les symptômes. Il y voit des indices probants de l'origine accidentelle de l'atteinte, d'une part, et du fait qu'un traitement médical pouvait encore améliorer les symptômes, d'autre part.

5. a) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport

d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité ou par un médecin d'arrondissement de la CNA était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (ATF 137 V 210, consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4 p. 469 sv.). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

b) En l'espèce, le Dr V. _____ a constaté, dans un rapport du 19 mai 2008, une bonne évolution au niveau de la fracture du tibia avec une récupération des fonctions articulaires. Il n'y avait pas de séquelle de la fracture du pied, ni de la fracture des branches ischio-pubienne et du sacrum. Il proposait de constater une atteinte à l'intégrité de 10 % en raison des séquelles de la fracture du mur antérieur de L1. Il a nié des séquelles neurologiques, se référant sur ce point à l'expertise établie par la Dresse Q. _____. Sur le plan orthopédique, ses constatations sont corroborées par celles du Dr J. _____, du 1^{er} décembre 2006, qui constate notamment une consolidation des fractures des branches ilio-ischio-pubiennes gauches du bassin sans déplacement et une fracture tibiale gauche consolidée sans trouble de rotation ni défaut d'axe en valgus ou varus. Le 10 décembre 2007, le Dr J. _____ confirmait que le traitement orthopédique était terminé et que les fractures étaient consolidées. Sur le plan neurologique – on fait abstraction, à ce stade, de la problématique de l'exonération des selles –, les Drs W. _____ (rapports des 29 janvier et 12 juin 2007, notamment), Q. _____ (rapport du 11 octobre 2007) et R. _____ (rapport du 13 juillet 2010) ont également constaté l'absence de séquelles accidentelles, à tout le moins l'absence de toute atteinte entraînant une incapacité de travail ou requérant des soins.

Leurs rapports répondent pleinement aux critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Par ailleurs, aucun autre rapport médical au dossier ne les contredit sérieusement, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Le recourant ne soulève d'ailleurs pas de grief précis sur ce point.

c) aa) Le recourant concentre l'essentiel de ses griefs sur la question des difficultés d'exonération des selles et l'incontinence dont il souffre, désignées sous l'expression « troubles sphinctériens ». Il soutient n'avoir mentionné ces symptômes que très tardivement au motif qu'ils n'étaient pas au premier plan de ses préoccupations dans les suites immédiates de l'accident et pendant les premiers mois de convalescences, d'une part, et en raison d'une pudeur particulière d'origine culturelle ainsi que de difficultés linguistiques, d'autre part. Il allègue néanmoins que les symptômes en question sont apparus rapidement après l'accident.

bb) Il est établi que le recourant présentait, au moment de la décision litigieuse, des difficultés d'exonération des selles ainsi que des problèmes d'incontinence urinaire, pour le traitement desquels le Dr B._____ proposait la pose d'un appareil de neuromodulation sacrée (rapport du 13 janvier 2011). Il est également possible que le recourant présentait des troubles de la fonction sexuelle. Dans un rapport du 19 janvier 2009, la Dresse W._____ se réfère à une évaluation proctologique réalisée en octobre 2008 par le Dr H._____, qui aurait évoqué « une zone d'hyposensibilité au niveau du périnée, le toucher rectal mettant en évidence un sphincter normotone à hypertone et une mobilité réduite du muscle pubo-rectal, suggestifs d'une participation neurologique aux troubles sphinctériens anaux et peut-être de la fonction sexuelle ». En revanche, la Dresse W._____ a expressément exclu des troubles sphinctériens dans un rapport du 10 novembre 2005 à l'Hôpital [...], ce qui signifie, à tout le moins, qu'elle a examiné cette question, serait-ce sommairement. De même, le Dr J._____ a expressément mentionné l'absence de troubles sphinctériens dans un rapport du 17 février 2006. Ce n'est que le 23 juin 2006 que le Dr E._____ mentionne, pour la première fois, des « symptômes concernant la sphère

urogénitale ». Ces symptômes ne consistent pas en des troubles sphinctériens, mais en une sensation d'engourdissement des fesses, avec une difficulté d'évacuation des selles, ainsi que des difficultés d'érection, parfois une perte de sensation de la région génitale et des difficultés orgasmiques. Une incontinence est expressément exclue, de même que toute plainte concernant les urines. L'examen neurologique pratiqué par le Dr E._____ n'a toutefois rien révélé de particulier, si ce n'est que le patient rapportait « de façon fluctuante » une hyperesthésie de la région génitale et fessière à droite, « plutôt algique que tactile », sans élément objectif associé à l'examen clinique. Le 13 juillet suivant, la DresseW._____ a abordé la question avec l'assuré, qui a évoqué un problème d'exonération des selles, d'endormissement des fesses, mais pas de l'anus, parfois de la zone génitale. Le 3 janvier 2007, enfin, le Dr [...] constatait une tonicité sphinctérienne et une sensibilité péri-anale normale, avant de prescrire un traitement contre la constipation.

Compte tenu de ce qui précède, force est de constater une extension des symptômes présentés par le recourant entre 2005 et 2010. A supposer qu'il ait déjà ressenti des symptômes sous forme d'endormissement des fesses et de difficultés d'exonération des selles avant le mois de juin 2006, ce qui n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante, ceux-ci n'englobaient pas de troubles sphinctériens anaux ni des problèmes d'incontinence urinaire. Les premières plaintes explicites au Dr E._____ sont d'ailleurs apparues dans un contexte d'extension des plaintes ou d'apparition d'autres problèmes fonctionnels sans substrat somatique objectivable (apparition de diverses plaintes pendant le second séjour à la [...], qui ont motivé un examen par le Dr E._____, en particulier des céphalées, avec des paresthésies de l'hémiface droite avec des brûlures et un engourdissement progressif).

cc) En ce qui concerne plus précisément l'étiologie des difficultés d'exonération des selles et des autres problèmes de la sphère uro-génitale auxquels se réfère le recourant, l'intimée a invité la Dresse Q._____ à se déterminer sur dossier. Dans un rapport approfondi, cette

dernière a envisagé plusieurs hypothèses en vue d'expliquer les symptômes en question, avant de les réfuter et d'exclure une atteinte d'origine accidentelle. Sans se limiter au seul constat de l'apparition des plaintes près de huit mois après l'accident, la Dresse Q. _____ a envisagé un syndrome de la queue de cheval ou une éventuelle compression médullaire, un kyste épidural débutant ainsi qu'un syndrome de moelle attachée. Elle a expliqué qu'elle tenait ces diagnostics pour peu vraisemblables et que les troubles de l'assuré étaient probablement plutôt « de nature subjective », mais a néanmoins proposé, pour s'en assurer, un examen complémentaire sous la forme d'une nouvelle imagerie par résonance magnétique du rachis lombaire, à comparer avec celle réalisée en septembre 2006 (rapport du 11 octobre 2007). La Dresse W. _____ a fait réaliser ce nouvel examen par le Centre d'imagerie [...] (rapport du 15 janvier 2008 de la Dresse [...]) et a exclu toute contrainte radiculaire intra-canalair, pré- ou intraforaminale, ainsi que toute anomalie morphologique ou du signal au niveau du cône médullaire ou de la queue de cheval (rapport du 11 février 2008 de la Dresse W. _____). Les constatations des Dresses Q. _____, [...] et W. _____ se complètent et sont parfaitement probantes.

Après l'établissement du rapport de la Dresse Q. _____, le recourant a consulté les Drs B. _____ et H. _____, qui ont envisagé, pour le premier « un trouble neurologique "suspendu" intéressant le rectum de manière isolée et non la région du pelvis » (rapport du 3 décembre 2007 au Dr [...]), alors que le second mentionnait des symptômes « suggestifs d'une participation neurologique aux troubles sphinctériens anaux et peut-être de la fonction sexuelle ». Ni l'un ni l'autre de ces médecins ne pose de diagnostic précis ni n'explique, serait-ce sommairement, en quoi consisterait l'atteinte neurologique et quelle serait son étiologie. Ils se limitent à envisager l'hypothèse d'une telle atteinte, sans autre précision. Pour sa part, la Dresse W. _____ a procédé à de nouveaux examens neurologiques le 1^{er} mars 2010, après avoir pris connaissance des avis des Drs B. _____ et H. _____, mais a formellement exclu la présence d'une contrainte radiculaire lombo-sacrée (rapport du 2 mars 2010). Enfin, la Dresse [...], médecin d'arrondissement

de la CNA, a pris position sur le dossier en exposant que la neuro-modulation sacrée était indiquée en cas d'incontinence fécale, de constipation, d'incontinence urinaire et de rétention urinaire. Elle a expliqué de manière tout à fait convaincante pour quels motifs un tel appareillage pouvait réduire les symptômes présentés par le recourant sans qu'on puisse pour autant en conclure à une atteinte d'origine neurologique ou, plus largement, d'origine accidentelle. Elle a notamment précisé que l'un des mécanismes d'action possible de la neuro-modulation pouvait consister en une réduction de la motricité et/ou une augmentation de la compliance rectale, entraînant une amélioration des capacités du réservoir rectal et donc de la compliance fécale. Elle a ajouté que l'assuré présentait un prolapsus rectal interne - se référant sur ce point aux constatations du Dr [...] dans un rapport du 5 février 2007 -, à savoir une particularité morphologique connue pour entraîner fréquemment une symptomatologie de constipation terminale avec sensation d'obstruction, souvent accompagnée d'incontinence, de douleurs ano-rectales et même de rectorragies. Au vu de ces explications claires et de l'absence de toute atteinte neurologique ou orthopédique objectivable, d'origine accidentelle, pouvant expliquer les difficultés d'exonération des selles et les autres symptômes de la sphère uro-génitale présentés par le recourant, selon les constatations probantes des Drs Q._____, J._____ et W._____, l'intimée a nié à juste titre devoir prendre en charge la mise en place d'une stimulation neuro-médullaire. Elle a également constaté à juste titre que, d'un point de vue somatique tout au moins, les atteintes à la santé en relation de causalité naturelle avec l'accident étaient stabilisées, au plus tard le 31 décembre 2010. Un complément d'instruction sur ce point n'est pas nécessaire.

6. a) Le recourant soutient que l'accident a eu pour conséquence des atteintes à sa santé psychique qui ont persisté postérieurement au 31 décembre 2010. L'intimée n'a pas nié l'existence de telles atteintes, constatées par le Dr M._____, et a renoncé à se prononcer sur leur lien de causalité naturelle avec l'accident (également constaté par le Dr M._____). Elle a en revanche nié le rapport de causalité adéquate entre

l'accident et les troubles psychiques. Sur ce point également, la décision sur opposition litigieuse est bien fondée, pour les motifs qui suivent.

b) Le recourant est tombé d'une hauteur de 2 à 4 mètres. L'employeur mentionne une chute de 2 mètres dans la déclaration d'accident, mais l'assuré a mentionné pour sa part une hauteur de 3 à 4 mètres aux médecins de l'Hôpital de [...], et une hauteur de 3 mètres lors de son premier entretien avec un collaborateur de la CNA, le 1^{er} mai 2006. Il est tombé sur le dos, sur un tas de ferraille et de cales de bois, entraînant dans sa chute deux couvertes en céramique ou en béton de 30 kg, dont l'une est tombée sur son tibia gauche et l'autre sur l'extrémité du pied gauche. Il s'agit d'un accident de gravité moyenne selon la classification établie par la jurisprudence, que l'on admette une hauteur de chute de 2 mètres, 3 mètres ou 4 mètres. Par ailleurs, compte tenu d'une hauteur de chute de 2 à 4 mètres et du fait que de lourdes couvertes sont tombées sur le recourant au niveau de la jambe gauche - elles ont entraîné une fracture du tibia et d'un orteil, mais auraient pu entraîner des lésions beaucoup plus graves - l'accident revêtait un caractère particulièrement impressionnant, de sorte que ce critère est rempli. De même, l'assuré subit une atteinte durable à son intégrité physique, évaluée à 10 %, en raison des séquelles de la fracture-tassement de la vertèbre L1, avec des douleurs résiduelles, de sorte que le critère des douleurs physiques persistantes est rempli. En revanche, bien qu'il ne puisse plus exercer une activité professionnelle nécessitant le port de lourdes charges ou des travaux répétitifs en flexion ou extension du tronc, il dispose d'une pleine capacité de travail dans une autre activité respectant ces limitations, reconnue de manière probante par le Dr V._____ depuis le 19 mai 2008 au moins. En réalité, cette capacité de travail était déjà exigible depuis une date bien antérieure. En effet, dans un rapport du 20 juillet 2006, les Drs D._____ et P._____ mentionnaient que les différentes fractures ensuite de l'accident subi en octobre 2005 étaient consolidées et que les différents bilans neurologiques avaient mis en évidence des neuropathies sensitivomotrices cubitale gauche, cubitale droite et péronière et tibiale gauche. Le patient présentait surtout un déconditionnement physique global. La situation orthopédique est restée

stable par la suite. Pour sa part, la Dresse W. _____ a exposé, dans un rapport du 28 mars 2006, que les atteintes neurologiques constatées n'étaient pas à l'origine d'une incapacité de travail. Le critère d'une incapacité de travail durable due aux lésions physiques n'est donc pas rempli. Le traitement médical des atteintes à la santé physique n'a pas été anormalement long ni marqué par des complications importantes ou des erreurs médicales, et les lésions physiques n'étaient pas particulièrement propres à entraîner des troubles psychiques. Dès lors que seuls deux des critères posés par la jurisprudence pour apprécier la causalité adéquate entre des troubles psychiques et un accident sont remplis, il convient de nier un tel rapport de causalité.

7. a) Compte tenu de ce qui précède, l'intimée était en droit, le 31 décembre 2010, de constater la stabilisation des atteintes à la santé d'origine accidentelle présentée par le recourant et, partant, de mettre fin aux indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical. La question peut demeurer ouverte de savoir si l'intimée aurait pu le faire à une date antérieure déjà.

b) Au vu des séquelles de l'accident et de la capacité résiduelle de travail constatée dans une activité adaptée, l'intimée a fixé à 21 % le taux d'invalidité du recourant, après avoir procédé à une comparaison de revenu conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA. Il a toutefois constaté un revenu hypothétique sans invalidité de 67'673 fr. par an, en 2010, en tenant uniquement compte du revenu qu'aurait réalisé le recourant s'il avait poursuivi son activité pour [...], selon une attestation établie par cet employeur le 14 septembre 2010 (pièce II/183 du dossier CNA). Il convient d'y ajouter un montant de 6'971 fr. correspondant au revenu que le recourant aurait obtenu en poursuivant son activité accessoire pour [...] (17 fr. 90 x 7.5 heures par semaine x 52 semaines + 8,3 % de treizième salaire, selon l'attestation établie par cet employeur le 2 juillet 2010 [pièce II/173 du dossier CNA]). Rien ne permet de constater, en effet, que le recourant aurait interrompu cette activité accessoire s'il n'avait pas été atteint dans sa santé. On obtient ainsi un revenu hypothétique sans invalidité de 74'654 fr. par an en 2010.

En ce qui concerne le revenu que le recourant pourrait encore réaliser en dépit des atteintes à sa santé, l'intimée a pris en considération un montant de 53'127 fr., en se référant au revenu correspondant à différentes descriptions de postes de travail tirées de sa base de donnée interne. Vérifiée d'office, la procédure suivie par l'intimée, et les calculs effectués ne prêtent pas flanc à la critique. Le recourant ne soulève d'ailleurs aucun grief sur ce point, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir plus avant. Tout au plus précisera-t-on qu'il n'y a pas lieu d'ajouter au revenu d'invalidé fixé par l'intimée un montant supplémentaire pour tenir compte d'une activité accessoire supplémentaire qu'exercerait le recourant, comme par le passé. En effet, l'activité de nettoyeur n'est plus adaptée à l'état de santé du recourant, notamment compte tenu du fait qu'il doit éviter tous les mouvements répétitifs de flexion-extension du tronc. Par ailleurs, le nombre d'activités qui permettrait de respecter les limitations fonctionnelles constatées, dans un contexte d'emploi accessoire à une activité principale, est trop réduit pour imputer au recourant un revenu supplémentaire fictif à ce titre.

Il résulte d'une comparaison des montants de 74'654 fr. et 53'127 fr. que le recourant présente un taux d'invalidité de 28,80 %, qu'il convient d'arrondir à 29 %. La décision sur opposition litigieuse sera donc réformée en ce sens que le recourant peut prétendre une rente d'invalidité correspondant à un taux d'invalidité de 29 % dès le 1^{er} janvier 2011.

c) En ce qui concerne le taux d'atteinte à l'intégrité fixé par l'intimée à 10 %, le recourant se limite à soutenir que ce taux ne tient pas compte d'une « perturbation fonctionnelle, à composante neurologique ou non [...], qui perturbe le transit intestinal et les fonctions sphinctériennes », ainsi que de plusieurs autres atteintes observées « avec un fracas sur les membres inférieurs et supérieurs, des atteintes des nerfs, des atteintes au niveau cranio-cérébral, avec diverses manifestations, et un impact sur la sphère psychique ». Or, on a vu ci-avant que l'accident ne laissait pas d'autre séquelle somatique notable et durable que celles liées à la fracture/tassement de la vertèbre L1, dûment

prise en compte par le DrV._____ pour constater une atteinte à l'intégrité de 10 %. Selon la table 7 des atteintes à l'intégrité établie par la CNA, ce taux correspond à une atteinte après fracture vertébrale, entraînant des douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts (++, atteinte de 5 à 10 %), ou entraînant des douleurs permanentes plus ou moins intenses, également la nuit et au repos, avec impossibilité de charge supplémentaire et diminution uniquement lentement, après aggravation (+++, atteinte de 10 à 20 %). En retenant un taux d'atteinte de 10 %, le Dr V._____ a pris en considération uniquement la partie objective et habituelle de la symptomatologie liée aux séquelles d'une fracture de L1, ce qui est correct. Les atteintes à la santé psychiques ne sont par ailleurs pas en relation de causalité adéquate avec l'accident. Le recours est mal fondé sur ce point.

8. Vu ce qui précède, les conclusions du recourant relative à la poursuite de la prise en charge du traitement médical et du versement des indemnités journalières par l'intimée, pour la période postérieure au 31 décembre 2010, sont rejetées. Il en va de même de ses conclusions relatives à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le recourant n'obtient donc que partiellement gain de cause et peut prétendre une indemnité de dépens réduite, qu'il convient de fixer à 1'500 francs.

Dans la mesure où le recourant était au bénéfice de l'assistance judiciaire, il convient de compléter l'indemnité de dépens par une indemnité d'office en faveur de Me Carré. Au vu de la liste des opérations produite par Me Carré, qu'il n'y a pas lieu de réduire après vérification, l'indemnité d'office doit être fixée à 1'100 fr. (TVA comprise), le solde étant couvert par une indemnité de dépens partielle qu'il convient de fixer à 1'500 fr.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté en tant qu'il porte sur le droit au traitement médical et à la poursuite du versement des indemnités journalières pour la période postérieure au 31 décembre 2010. La décision sur opposition rendue le 14 juillet 2014 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée en tant qu'elle porte sur ces points.

- II.** Le recours est rejeté en tant qu'il porte sur le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. La décision sur opposition rendue le 14 juillet 2014 par Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée en tant qu'elle porte sur ce point.

- III.** Le recours est admis en tant qu'il porte sur le droit du recourant à une rente et la décision sur opposition rendue le 14 juillet 2014 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée en ce sens que le recourant à droit à une rente fondée sur un taux d'invalidité de 29 % dès le 1^{er} janvier 2011.

- IV.** La question de la réduction des prestations pour cause de surindemnisation, pour la période courant jusqu'au 31 décembre 2010, est renvoyée à un jugement ultérieur.

- V.** Le recourant peut prétendre une indemnité de dépens partielle, qu'il convient de fixer à 1'500 fr. (mille cinq cents francs).

- VI.** Les dépens sont complétés par une indemnité d'office allouée à Me Carré, d'un montant de 1'100 fr. (mille cent francs).

- VII.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour G. _____),
- Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

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 :