

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 juillet 2010

Présidence de M. DIND
Juges : Mme Moyard et M. Perdrix, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

X. _____, à Renens, recourant, représenté par Me Katia Pezuela, avocate
à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 16 LPGA; 18 al. 1 et 2 LAA

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après: l'assuré), né le 17 juillet 1960, ressortissant serbe, travaillait en qualité d'ouvrier pour le compte de la société J._____ SA, à [...] depuis le 1^{er} juillet 1999, et était à ce titre assuré en assurance-accidents LAA auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA).

Le 27 juillet 2004, en sortant de sa maison en Serbie, l'assuré, alors en vacances, a glissé sur de la terre mouillée en arrivant au bas des marches extérieures. Ses deux pieds sont partis en avant et il s'est retrouvé assis d'un coup sur le siège, sur la dernière marche. Admis à l'Hôpital de S._____ en Serbie, l'intéressé a été opéré le 17 août 2004 d'une hernie discale L5-S1 luxée vers le bas, et entrant en conflit avec la racine S1 gauche.

Le 12 août 2004, le cas a été annoncé à la CNA par l'intermédiaire de l'employeur. L'assuré n'a pas repris son ancienne activité.

D'un rapport d'entretien daté du 31 août 2004 entre l'assuré et un inspecteur de la CNA, il ressort notamment ce qui suit:

"La mardi 27.7.04 et non le 26, alors que je me trouvais à mon domicile en Serbie, en sortant de ma maison, j'ai glissé sur la terre mouillée en arrivant au bas des marches extérieures. Mes deux pieds sont partis en avant et je me suis retrouvé assis d'un coup sur le siège, sur la dernière marche. Sur le moment, j'ai ressenti des douleurs aux fesses, comme on les ressent après un choc.

Mon épouse était à l'intérieur de notre domicile. Je l'ai appelée pour qu'elle m'aide à me relever. Le médecin du village de [...] est venu au domicile pour me faire une piqûre dans le haut de la fesse.

[...]

Durant les 5 premiers jours, je suis resté tranquille, après 5 infiltrations. Après 2 jours sans, les douleurs persistant, j'ai consulté la permanence de [...] où l'on a analysé mon sang et

mes urines. J'ai été adressé ensuite à l'Hôpital de W._____. Un neurochirurgien m'a fait passer un scanner et m'a prescrit des anti-douleurs, faites par une infirmière à mon domicile. Ce traitement n'a rien changé. J'ai fait appel à la SUVA pour me faire rapatrier mais les choses ont traîné durant 5 jours. En raison de mes fortes douleurs dans le bas du dos et la jambe gauche, une ambulance est finalement venue me chercher le dimanche 15.8.04 pour m'amener à l'Hôpital de S._____. Après prise de sang, une opération a été décidée pour le 16. Finalement, le service étant surchargé, on ne m'a fait que des piqûres, repoussant l'opération au 17.8.04. J'ai été opéré d'une hernie au niveau L4 L5, semble-t-il. Il y a eu en plus un déplacement de vertèbre. J'ai été rapatrié en Suisse le 27 ct."

Dans un rapport médical intermédiaire du 13 octobre 2004, la Dresse M._____, médecin traitant, a posé le diagnostic de status après laminectomie et discectomie pour hernie discale L5-S1 gauche. L'évolution jusqu'au 1^{er} octobre 2004 n'a été que très lentement favorable, en raison de la persistance de douleurs, d'engourdissement du membre inférieur gauche et de la hanche gauche et de limitation fonctionnelle. Elle ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail.

Le 5 novembre 2004, l'assuré a été examiné par le Dr F._____, médecin d'arrondissement de la CNA, lequel a notamment relevé ce qui suit dans son rapport du même jour adressé à la Dresse M._____:

"Examen clinique:

Il s'agit d'un patient de 44 ans, solidement constitué, présentant un certain excès pondéral, apparemment en bonne santé.

Rachis:

La démarche pieds nus, dans la salle d'examen, s'effectue sans boiterie, la marche sur la pointe et sur les talons est bien effectuée. L'accroupissement est profond, symétrique, les talons décollent du sol, le relèvement est aisé.

En station debout, le patient se tient en charge équivalente des membres inférieurs qui paraissent bien axés. Les masses musculaires sont importantes, symétriques.

Les ceintures sont équilibrées. Il n'y a pas de troubles statiques importants.

La musculature para-vertébrale est normalement développée. Elle est nettement contractée et douloureuse à la palpation dans la région lombaire à gauche.

La mobilité rachidienne est limitée. Le patient fait valoir rapidement d'importantes douleurs lombaires.

La manœuvre de Lasègue est douloureuse dès 45° à gauche mais elle n'est pas bloquée. A droite, elle est légèrement douloureuse en fin de course. Les réflexes rotuliens sont vifs et symétriques. Le réflexe achilléen droit est vif. Le réflexe achilléen gauche n'est pas obtenu. Il n'y a pas déficit neurologique aux membres inférieurs hormis des troubles de la sensibilité, sous forme d'une hypoesthésie et de dysesthésies dans le territoire S1 gauche.

Appréciation:

Je ne reviendrai pas sur les antécédents de ce patient que j'ai exposés plus haut et qui ressortent également de ses déclarations.

Actuellement, le patient se plaint de lombalgies assez vives et de la persistance de douleurs dans le MIG, s'étendant de la fesse jusqu'au mollet. Le matin, au réveil, le patient a relativement peu de douleurs mais elles s'accroissent par la suite avec la mobilisation et, dès le milieu de la journée, il doit prendre des antalgiques. La station debout prolongée est mal supportée. Le décubitus dorsal soulage les douleurs.

Objectivement, la musculature para-vertébrale est nettement contractée et douloureuse à la palpation dans la région lombaire à gauche. La mobilité rachidienne est limitée. La manœuvre de Lasègue est douloureuse dès 45° à gauche, mais elle n'est pas bloquée. Le réflexe achilléen gauche n'est pas obtenu. Il n'y a pas de déficit neurologique aux membres inférieurs hormis des troubles de la sensibilité sous forme d'une hypoesthésie et de dysesthésie dans le territoire S1 gauche.

Une observation stationnaire et un complément de rééducation à la Clinique T._____ sont sûrement souhaitables chez ce patient, qui présente quand même une certaine auto-limitation et des signes de non-organicité."

L'assuré a séjourné à la Clinique T._____ du 17 novembre au 23 décembre 2004. Dans leur rapport du 26 janvier 2005, les Drs A._____, médecin assistant, et Z._____, médecin associé, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et FMH en orthopédie, ont posé les diagnostics suivants:

"DIAGNOSTIC(S) PRIMAIRE(S):

- Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)

DIAGNOSTICS SECONDAIRES:

- Lombosciatalgies irradiant dans le MIG (M 54.4)
- Etat après discectomie L5-S1 gauche le 17.08.04 (Z 86.6)
- Déficit S1 gauche séquellaire avec composante de douleurs neurogènes

COMORBIDITES:

- Obésité grade I de l'OMS (E 66.9)
- Discopathie L5-S1 connue depuis 2002

Ils ont conclu leur rapport en ces termes:

"Appréciation et discussion:

Le patient à son admission présente un tableau clinique dominé par la douleur, qui associe des douleurs lombaires inopinées, en coup de poignard, des sensations de décharge électrique dans le MIG et de cuisson tant lombaire que le long du MIG avec hypoesthésie marquée de la face latéro-externe de la cuisse G.

La palpation de la cicatrice postopératoire est très sensible et la mobilité lombaire est très réduite. Au plan neurologique, on retient une aréflexie achilléenne G compatible avec le status postopératoire lombo-sacré. En plus de ce tableau ostéo-articulaire, il se dégage chez le patient, une nette anxiété et crainte d'une récurrence.

L'IRM lombaire de contrôle du 22.11.04 met en évidence une fibrose épидurale postopératoire L5-S1 sans récurrence herniaire. Il existe une discopathie L5-S1 avec modification du type MODIC I et II. Il n'y a pas de collection ou de prise de contraste qui puisse évoquer une spondylodiscite.

Le consilium neurologique du 03.12.04 met en évidence un déficit sensitif et réflexe S1 G, avec des douleurs à composante neurogène, justifiant la mise en route d'un traitement par Neurontin. On assiste dès lors à une diminution des douleurs.

La consultation psychiatrique du 24.11.04 ne retrouve aucune comorbidité psychiatrique, mais une notion d'anxiété évidente quant à la possibilité d'une récurrence herniaire.

Le patient ayant signalé des troubles urinaires avec de rares épisodes anamnestiques de rétention urinaire, des examens biologiques et une exploration urodynamique sont réalisés avec des résultats normaux.

Parallèlement à ces investigations, le patient suit une physiothérapie qu'il effectue avec assiduité et sérieux. Les efforts de reconditionnement global se traduisent cliniquement par une perte pondérale de 3 kg en fin de séjour, un gain de mobilité et d'aisance dans les mouvements. Parallèlement, on note une diminution régulière de la douleur initialement cotée à 8/10 à l'entrée, elle n'est plus à sa sortie que de 4/10.

Le patient se déclare satisfait de son séjour et surtout rassuré, vu l'ensemble des progrès réalisés au plan physique, avec diminution régulière de la douleur, le recouvrement de sa mobilité et les résultats de l'IRM de contrôle.

Un traitement en ambulatoire par la prescription de 9 séances de physiothérapie à réaliser en 3 semaines est prescrit au vu des bons résultats et des progrès encore possibles.

Etant toujours en incapacité totale, M. X. _____ a émis le souhait de se rendre pour les fêtes de fin d'année dans son pays d'origine. Après une conversation téléphonique avec son gestionnaire de cas, ce voyage lui a été autorisé avec à son retour, un contrôle ambulatoire chez son médecin, qui à cette occasion, réévaluera l'état clinique du patient afin de préciser la date de reprise effective du travail qui devrait pouvoir être attestée pour le début février 2005. Le rendez-vous de consultation ambulatoire de son médecin-traitant est pris pour le 28.01.05.

Nous lui prescrivons encore une incapacité d'un mois de façon à lui permettre de mener à son terme la physiothérapie prescrite.

CAPACITE DE TRAVAIL ACTUELLE DANS LA PROFESSION DE MANŒUVRE DE GENIE CIVIL:

0% jusqu'au 28.01.05."

L'assuré a été examiné une nouvelle fois le 18 février 2005 par le Dr F. _____, lequel a conclu en ces termes son rapport daté du même jour:

"Actuellement, le patient dit qu'il est en meilleure forme depuis qu'il est allé à [...] mais il souligne qu'il a encore passablement de douleurs, à type de brûlures, dans la région de la cicatrice opératoire ainsi que dans le MIG, de la fesse jusqu'au pied. Il doit fréquemment changer de position. Il est parfois réveillé la nuit.

Objectivement, la musculature para-vertébrale serait toujours un peu douloureuse à la palpation dans la région lombaire à gauche, sans qu'il y ait de véritable contracture. La mobilité rachidienne est limitée dans tous les plans et le patient fait rapidement valoir d'importantes douleurs lombaires. La mobilisation est harmonieuse mais appréhendée et précautionneuse. La manœuvre de Lasègue est douloureuse dès 60° à gauche, sans être bloquée tandis qu'elle est pratiquement indolore à droite. Le réflexe achilléen gauche n'est pas obtenu. On retrouve des troubles de la sensibilité sous forme d'une hypoesthésie et de dysesthésies dans le territoire S1 gauche.

Du point de vue thérapeutique, je ne vois pas bien ce qu'on peut faire de plus pour ce patient dont les attentes sont probablement irréalistes.

Il pourrait peut-être quand même bénéficier d'un nouveau séjour à la Clinique T._____, assorti, cette fois, d'une évaluation professionnelle, qui conduira sûrement à l'annoncer à l'AI."

L'assuré a séjourné du 9 mars au 31 mars 2005 à la Clinique T._____. Dans leur rapport du 5 avril 2005, le Dr Z._____ et la Dresse Q._____, médecin assistant, ont retenu les mêmes diagnostics que précédemment, la "discopathie L5-S1 connue depuis 2002" n'étant plus cette fois considérée comme une comorbidité mais comme un diagnostic secondaire. Sous l'intitulé "Appréciation et discussion", ils se sont exprimés comme suit:

"M. X._____ présente une réactivation d'une lombo-sciatique G à partir de mi-janvier 2005. La douleur aurait 2 composantes: d'une part, une lombalgie mécanique basse, à prédominance diurne mais également nocturne, augmentée par l'effort, le Vasalva et la marche, soulagée par le changement fréquent de position et d'autre part, une douleur de type neurogène du MIG (de dermatome S1), stable. Le patient déclare souffrir passablement et voir ses espoirs de guérison s'amenuiser. Au questionnaire OSWESTRY, le score est de 54/100, ce qui correspond à la perception par le patient d'un handicap fonctionnel sévère.

A l'examen clinique, la mobilité lombaire est réduite, on note une importante hypertonie de la musculature para-vertébrale, plus marquée à G, qui disparaît en décubitus ventral. La palpation du rachis à la jonction lombo-sacrée est déclarée très douloureuse. On relève l'intense douleur intermittente au redressement du tronc, en fin d'extension et en inclinaison latérale dorso-lombaire.

Les documents d'imagerie, à savoir l'IRM lombaire du 12.08.04 et du 22.11.04 ainsi que les RX de la colonne du 23.11.04 montrent que la hernie discale L5-S1 s'est développée sur terrain maladif pré-existant puisqu'il existait déjà un pincement inter-somatique en 2002 et que sur l'IRM pré-opératoire on peut voir des anomalies dégénératives de signal des plateaux vertébraux (Modic II). Sur l'IRM lombaire de contrôle du 22.11.2004, il n'y a aucune évidence pour une récurrence de hernie discale L5-S1 mais par contre on note un tissu cicatriciel significatif entourant la racine S1 G.

Selon notre consultant neurologue, on retrouve un déficit réflexe et sensitif de territoire S1 G, inchangé par rapport à l'examen effectué lors du précédent séjour. Il n'y a pas de déficit moteur nouveau et l'épreuve de Lasègue est négative pour une irritation radiculaire. On ne propose pas d'investigation supplémentaire.

Selon le consilium psychiatrique, le status psychiatrique est rassurant. Il n'y a rien pour une psychopathologie floride. On sait les troubles psychiques de l'épouse à la suite du décès de son père, mais on ne relève pas de contexte psychosocial délétère pour le patient.

Pour ce qui est des douleurs lombaires, en comparaison avec le séjour précédent, les performances ont baissé au test R-gym, en terme de nombre de répétitions et ceci pour la quasi-totalité des exercices. Le patient a suivi une physiothérapie avec un programme de renforcement musculaire des muscles du rachis, des exercices de verrouillage lombaire, de la mobilisation à sec et en piscine. On note une bonne participation du patient mais aucune régression des douleurs. Dans ce contexte, il nous semble justifié de discuter l'indication à une spondylodèse. Afin de discuter de cette option, M. X. _____ se rendra le 29.04. à la consultation du Dr D. _____.

En ce qui concerne la douleur neurogène dans le MIG, il est certain qu'une spondylodèse n'aurait aucun effet sur cette douleur séquellaire. Pour l'instant, nous proposons de privilégier un traitement conservateur. Le Neurontin a été augmenté à 3 x 800 mg/jour, sans véritable changement sur la symptomatologie pour l'instant. L'effet de ce traitement devrait être évalué à la mi-avril. S'il n'y a pas d'évolution nette, nous préconiserions de retirer progressivement ce médicament et d'essayer alors un autre anti-épileptique, de type Tégrétol ou Trileptal. Par ailleurs, durant le séjour, le Dafalgan a été remplacé par du Tramal. En cas d'échec des traitements médicamenteux, une approche semi-invasive telle que la mise en place d'un stimulateur périphérique voire médullaire, avec éventuellement une pompe à administration intra-thécale de médicaments, pourrait être discutée.

En conclusion, le tableau clinique est cohérent, avec une douleur mécanique lombaire et une douleur neurogène séquellaire S1 G. Des explications dans ce sens ont été données à M. X. _____ qui, malgré des ressources adaptatives fragilisées depuis le dernier séjour, semble bien intégrer les explications et les différentes options thérapeutiques.

Nous proposons de revoir M. X. _____ en consultation ambulatoire à la mi-mai 2005, afin de discuter avec le patient des conclusions du Dr D. _____, de l'évolution des douleurs neurogènes et des éventuelles modifications thérapeutiques.

L'incapacité de travail reste totale et il semble déraisonnable d'envisager une reprise un jour dans le métier de manœuvre de génie civil. Aucune demande AI n'a été déposée durant le séjour, le patient ayant encore de la peine à faire le deuil de son métier.

CAPACITE DE TRAVAIL ACTUELLE DANS LA PROFESSION DE MANŒUVRE EN GENIE CIVIL:

0% dès le 1^{er} avril 2005."

Le 30 mai 2005, l'assuré a subi une intervention chirurgicale pratiquée par le Dr D. _____, médecin associé à Hôpital R. _____; cette opération consistait en une décompression L5-S1 transforaminale gauche et en une spondylodèse postérieure par vis pédiculaire.

Le 1^{er} juin 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes, sollicitant l'octroi de mesures professionnelles, subsidiairement d'une rente.

Sur la recommandation du Dr F._____, l'assuré a séjourné une troisième fois à la Clinique T._____, du 10 mai au 7 juin 2006. Dans leur rapport du 5 juillet 2006, le Dr B._____, chef de service et spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et FMH en rhumatologie, et la Dresse H._____, médecin-assistante, ont posé les diagnostics suivants:

"DIAGNOSTIC PRIMAIRE

- Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)

DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- Lombalgies chroniques (M 54.5)
- Décompression L5-S1 transforaminale gauche et spondylodèse postérieure par vis pédiculaire le 30.05.05 (Z 98.1)
- Pose d'un stimulateur médullaire le 13.04.06 (Z 98.8)
- Discectomie L5-S1 gauche le 17.08.04 (Z 86.6)
- Discopathie L5-S1 connue depuis 2002 (M 51.3)
- Déficit S1 gauche séquellaire avec composante de douleurs neurogènes (Z 86.6).

CO-MORBIDITES

- Bronchite aiguë (J 11.1)
- Obésité grade I selon l'OMS (E 66.9)
- Possible syndrome d'apnée du sommeil."

Ils ont opéré la synthèse suivante sous l'intitulé "Appréciation et discussion":

"A l'entrée, le patient se plaint d'une part de la persistance d'une lombalgie mécanique basse diurne et nocturne, augmentée par les efforts physiques et la position assise prolongée, cotée à 7/10 sur l'échelle EVA, soulagée en partie par la médication de Tramal, Dafalgan et Neurontin (arrêt des médicaments, augmentation des douleurs jusqu'à 9/10). D'autre part, les douleurs de type neurogène du membre inférieur gauche (de dermatome S1) sont nettement diminuées (7/10 passées à 3/10) après une pose d'un stimulateur médullaire le 13.04.06. Malgré cela, le handicap fonctionnel subjectif pour les activités de la vie quotidienne reste élevé à 52% (Oswestry). Monsieur X._____ signale encore une prise pondérale (selon le dossier en mars 05, le poids est égal à l'entrée ce jour).

L'examen clinique d'entrée relève une hypercyphose dorsale, une douleur et un tonus musculaire lombaire bas élevé à la palpation. Distance doigt-sol 28 cm et douleurs au redressement du tronc. Hypoalgésie S1 D.

Le bilan biologique à l'entrée montre une légère leucothrombocytose, que nous avons mise sur le compte d'une bronchite aiguë, sous antibiothérapie instaurée par son médecin-traitant.

Selon le consilium psychiatrique du 15.05.2006, il n'y a pas affection psychique. Le contexte est relativement serein, si ce n'est la notion de trouble psychique chez l'épouse qui est en rente AI. Durant son hospitalisation, M. X. _____ a eu un suivi psychologique, à sa demande.

Durant le séjour, le patient a suivi une rééducation fonctionnelle avec un programme physiothérapeutique structuré de rééducation et de relaxation (cf. rapport de physiothérapie).

Au terme du séjour, le patient dit bouger un peu mieux, tenir assis un peu plus longtemps. La douleur lombaire est inchangée à 70 mm/100 et augmentée jusqu'à 85-90/100 après la physiothérapie, durant 30 minutes environ.

Du point de vue des douleurs neurogènes du MIG, la situation est stabilisée après la pose d'un stimulateur périphérique et sous l'antalgie par Neurontin 3 x 600 mg. Le patient estime que l'essai de baisse du Neurontin durant le séjour s'est accompagné d'une recrudescence de la douleur, ce qui a conduit à une utilisation plus fréquente du neurostimulateur. Par conséquent, si nécessaire, reprendre la dose initiale de 3 x 800 mg/jour.

Le handicap fonctionnel auto-évalué par les AVQ (Oswestry), reste aussi élevé qu'à l'entrée.

A la sortie, nous proposons au patient de poursuivre des exercices à domicile et on vous propose qu'un physiothérapeute contrôle occasionnellement le programme. Des conseils diététiques ont été donnés durant le séjour.

En ce qui concerne les troubles du sommeil, un syndrome d'apnée du sommeil est possible, et on laisse le médecin-traitant investiguer la chose s'il le juge utile.

En conclusion, M. X. _____ présente des douleurs mécaniques lombaires, peu influencées sous l'antalgie par Tramal et plutôt accentuées par les séances régulières de physiothérapie. Une douleur neurogène séquellaire S1 gauche a significativement régressé après la pose du neurostimulateur et avec Neurontin. Le patient souhaite poursuivre quelques exercices réguliers dans un fitness. On propose à l'agence de participer financièrement si cela est envisageable.

Du point de vue du problème du dos, seule une activité légère favorisant l'alternance des positions assise et debout et avec quelques déplacements en terrains faciles pourrait être exercée.

Fixer un taux précis est difficile, comme toujours dans ces états douloureux chroniques. Plus de 50% ne semble pour le moment pas envisageable.

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE MANŒUVRE EN GENIE CIVIL:

100% du 08.06.2006 au 28.06.2006".

Le Dr F. _____ a examiné l'assuré le 25 septembre 2006; dans son rapport du même jour, il a notamment relevé ce qui suit:

"EXAMEN CLINIQUE:

Il s'agit d'un patient de 46 ans, solidement constitué mais présentant quand même un certain excès pondéral, apparemment en bonne santé.

Rachis:

La démarche, pieds nus dans la salle d'examen, s'effectue sans boiterie, avec aisance. La marche sur la pointe des pieds et sur les talons est bien exécutée. L'accroupissement est profond, symétrique, les talons décollent bien du sol, le relèvement est aisé.

En station debout, le patient se tient en charge équivalente des membres inférieurs qui paraissent bien axés. Les masses musculaires sont normalement développées, symétriques.

Les ceintures sont équilibrées. Il n'y a pas de troubles statiques importants.

La musculature para-vertébrale est diffusément tendue et sensible à la palpation dans toute la région lombaire.

La mobilité rachidienne paraît fortement limitée. En fait, les mouvements sont très rapidement interrompus, le patient faisant valoir d'importantes douleurs lombaires. L'inclinaison latérale gauche serait particulièrement douloureuse. La mobilisation est très appréhendée et le patient a de la peine à se redresser après s'être penché en avant.

La manœuvre de Lasègue donne lieu à de vives douleurs lombaires dès 60°, sans être bloquée, à gauche comme à droite. En revanche, elle n'entraîne plus de douleurs dans les membres inférieurs. Les réflexes rotuliens sont vifs et symétriques. Le réflexe achilléen est absent à gauche tandis qu'il est vif à droite. On retrouve de légers troubles de la sensibilité dans le territoire S1 gauche.

APPRECIATION:

Je ne reviendrai pas sur les antécédents de ce patient que j'ai détaillés plus haut.

Actuellement, le patient dit que le stimulateur médullaire l'a effectivement soulagé de ses douleurs dans le MIG. En revanche, il souffre énormément du dos, notamment aux changements de temps, en particulier le matin à la mise en route. S'il a pu diminuer le Neurontin, il continue à prendre passablement de Tramal et de Dafalgan, auquel il ajoute parfois du Ponstan.

Objectivement, la musculature paravertébrale est diffusément tendue et sensible à la palpation dans toute la région lombaire. La mobilité rachidienne paraît fortement limitée. En fait, les mouvements sont très rapidement interrompus, le patient faisant valoir d'importantes douleurs lombaires. L'inclinaison latérale gauche serait particulièrement douloureuse. La mobilisation est très appréhendée et le patient a de la peine à se redresser après s'être penché en avant. La manœuvre de Lasègue donne lieu à de vives douleurs lombaires dès 60°, sans être bloquée, à gauche comme à droite. En revanche, elle n'entraîne plus de douleurs dans les membres inférieurs. Le réflexe achilléen est absent à gauche tandis qu'il est vif à droite. On retrouve de légers troubles de la sensibilité dans le territoire S1 gauche.

Au terme du présent bilan, on peut donc dire qu'il subsiste un syndrome lombo-vertébral apparemment marqué, tandis que la symptomatologie douloureuse radriculaire s'est amendée.

Cette situation, en l'absence de co-morbidité psychiatrique, ne devrait en principe pas empêcher le patient de travailler dans une large proportion, voire en plein, dans une activité bien adaptée, légère et autorisant des positions alternées.

Par ailleurs, une indemnisation pour atteinte à l'intégrité est due."

La CNA a recueilli 5 descriptions de postes de travail (ci-après: DPT) en vue de déterminer le gain d'invalide susceptible d'être réalisé par l'assuré (ouvrier dans une fonction d'assemblage, DPT n° 8544; ouvrier dans une fonction d'emboîtement de mouvement, DPT n° 3402; employé de fabrique dans le domaine du décolletage, DPT n° 5788; ouvrier employé à la presse, DPT n° 3728; employé portier, DPT n° 1639). Les salaires annuels moyens y afférents pour l'année 2007 s'échelonnaient de 44'000 fr. à 51'220 fr.

Le 5 décembre 2007, la CNA a informé l'assuré que, son état de santé étant stabilisé, il serait mis un terme au paiement des soins médicaux - abstraction faite des contrôles espacés chez son médecin traitant, certains anti-douleurs et inflammatoires, les contrôles nécessaires chez le Dr K. _____ et, enfin, les nouvelles piles pour la stimulation médullaire - et de l'indemnité journalière dès le 31 décembre 2007 au

soir. Enfin, l'octroi d'autres prestations en espèces à partir de cette date serait examiné.

Par décision du 11 février 2008, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2008 fondée sur une incapacité de gain de 31% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%, fondée sur un gain annuel de 106'800 fr.

Le 3 mars 2008, l'assuré a contesté cette décision. Il indique que sa santé actuelle ne lui permet pas de dormir, ni de s'asseoir ou de marcher plus d'une heure par jour. Il ajoute souffrir de douleurs chroniques que les calmants n'atténuent pas.

Le 9 juin 2008, l'assuré a derechef été examiné par le Dr F._____. Dans son rapport d'examen médical final du même jour, ce praticien a notamment indiqué ce qui suit:

"EXAMEN CLINIQUE:

Il s'agit d'un patient de 48 ans, ayant pris passablement d'embonpoint, à la thymie maintenue, apparemment en bonne santé.

Rachis:

Il n'y a pas de perturbation des épreuves de marche.

L'accroupissement est profond, symétrique, les talons décollent bien du sol, le relèvement est aisé.

En station debout, le patient se tient en charge équivalente des membres inférieurs qui paraissent bien axés.

Les masses musculaires sont normalement développées, symétriques.

Les ceintures sont équilibrées. Il n'y a pas de troubles statiques importants.

La musculature para-vertébrale est toujours diffusément tendue et un peu douloureuse à la palpation dans toute la région lombaire.

La mobilité rachidienne est relativement conservée mais la mobilisation serait très douloureuse et le patient a de la peine à se redresser après s'être penché en avant. En revanche, il change de position sans trop de problèmes et peut rester longtemps assis.

La manœuvre de Lasègue paraît peu douloureuse à droite, tandis qu'elle donnerait lieu à de vives douleurs lombaires dès 60°, sans être bloquée, à gauche. Les réflexes rotuliens sont peu vifs, symétriques. Le réflexe achilléen est absent à gauche, alors qu'il est normo-vif à droite.

A la demande, le patient décrit des troubles de la sensibilité étagés du MIG mais qui ne semblent plus correspondre à un territoire radiculaire précis.

APPRECIATION:

Je ne reviendrai pas sur les antécédents de ce patient que j'ai détaillés plus haut et qui ressortent également de ses déclarations.

Actuellement, le patient dit qu'il souffre passablement du dos, surtout en fin de journée, alors que le stimulateur médullaire a toujours un assez bon effet sur les douleurs qu'il présente dans le MIG.

Objectivement, chez un patient ayant pris passablement d'embonpoint, la musculature para-vertébrale est toujours diffusément tendue et un peu douloureuse à la palpation dans toute la région lombaire. La mobilité rachidienne est relativement conservée mais la mobilisation serait très douloureuse et le patient a de la peine à se redresser après s'être penché en avant. En revanche, il change de position sans trop de problèmes et peut rester longtemps assis. La manœuvre de Lasègue paraît peu douloureuse à droite, tandis qu'elle donnerait lieu à de vives douleurs lombaires dès 60°, sans être bloquée, à gauche. Le réflexe achilléen est absent à gauche, alors qu'il est normo-vif à droite. A la demande, le patient décrit des troubles de la sensibilité étagés du MIG mais qui ne semblent plus correspondre à un territoire radiculaire précis.

Quoi qu'il en soit, il faut bien reconnaître que la situation n'évolue pas beaucoup d'un examen à un autre, si ce n'est que le patient paraît actuellement un peu libre de ces mouvements.

Pour fixer le gain d'invalidé, notre service administratif a sélectionné 5 descriptions de poste de travail.

Ils sont tous légers et autorisent des positions alternées. De surcroît, le patient n'est que rarement penché, sauf chez P. _____ SA, où les charges sont très légères, de sorte que toutes ces activités paraissent adaptées aux séquelles de l'accident et devraient, du point de vue médico-théorique, pouvoir être exercées à plein temps et avec un rendement normal.

Par ailleurs, l'estimation de l'atteinte à l'intégrité du 25.9.06 reste d'actualité."

Le 19 juin 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a adressé à l'assuré un projet de décision lui octroyant une rente d'invalidité du 25 juillet 2005 au 30 septembre 2006 basée sur un taux d'invalidité de 100%. Il a retenu qu'ultérieurement, l'état de santé de l'assuré s'était amélioré, de sorte que, dès le mois de juillet 2006, une capacité de travail de 80% (100% avec diminution de rendement de 20%) pouvait raisonnablement être exigée de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieures à 8 kg, pas de position statique assise et debout prolongée, pas de porte-à-faux, pas de travail sur machine vibrante, pas de rotations répétées du tronc). La comparaison des revenus avec (66'040 fr.) et sans invalidité (46'264 fr. 65) aboutissait à une perte de gain de 19'775 fr. 35, d'où un degré d'invalidité de 29.9%.

Par décision sur opposition du 26 juin 2008, la CNA a rejeté l'opposition, confirmant la décision querellée.

B. Par acte du 25 août 2008, l'assuré, représenté par l'avocate Katia Pezuela, recourt contre cette décision, en concluant, sous suite de frais et dépens, à titre principal, à sa réforme, en ce sens qu'une incapacité de travail et une rente d'invalidité de 75% lui sont reconnues; subsidiairement, à son annulation, la cause étant renvoyée à la CNA pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

D'emblée, le recourant indique ne pas avoir été en mesure de consulter l'entier du dossier en possession de la CNA, ni celui établi par la Clinique T._____. Cela étant, il signale qu'il a été hospitalisé le 5 août 2008 pour que le stimulateur implanté en avril 2006 lui soit retiré, une nouvelle intervention étant d'ores et déjà programmée le 12 septembre 2008 au cours de laquelle un nouveau stimulateur devrait lui être implanté. Il conteste en premier lieu les conclusions du Dr F._____, médecin d'arrondissement, selon lesquelles il serait apte à exercer une activité à plein temps, certes adaptée à son handicap. Le recourant estime que, après avoir fait trois séjours à la Clinique T._____, les médecins de cette clinique sont habilités à juger de sa capacité de travail. Qui plus est,

tout en reconnaissant que l'état de santé du recourant n'évolue pas d'un examen à l'autre, le Dr F. _____ a pourtant inexplicablement accru la capacité de rendement. Son avis ne saurait dès lors emporter l'adhésion et le recourant sollicite la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, appelée à se prononcer sur le rendement raisonnablement exigible au vu des douleurs actuelles et sur le type d'activité adaptée, le recourant ayant de la peine à garder une position statique assise ou debout. Le recourant considère en conséquence que sa capacité de travail dans une activité adaptée n'excède pas 50%. Il critique enfin le revenu hypothétique d'invalidé, estimant qu'il y a lieu d'opérer un abattement maximum au vu des circonstances.

Dans sa réponse du 29 octobre 2008, l'intimée conclut principalement au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Subsidiairement, elle requiert que soit prononcée une reformatio in pejus au détriment du recourant en ce sens que sa rente d'invalidité soit diminuée ou supprimée. Elle relève d'abord que le litige porte sur la quotité de la rente d'invalidité (31%) octroyée au recourant à compter du 1^{er} janvier 2008, ce qui revient à se demander quelle est la capacité de travail du recourant. Elle souligne que celui-ci ne précise pas les motifs pour lesquels il soutient ne pas être mesure d'exercer une activité adaptée à temps plein, bien qu'il avoue ne pas être en possession de tous les éléments du dossier. Pour autant, ce n'est pas au recourant d'imposer le taux d'activité qu'il estime être à même de réaliser dans une activité adaptée, ce d'autant plus lorsque celui-ci s'est abstenu de toute reprise de travail ou même de mesure de reclassement. Cela étant, l'intimée considère que c'est à tort qu'elle a pris en charge la hernie discale du recourant, vu les troubles antérieurs dont celui-ci souffrait et qu'il aurait tenté de lui dissimuler. Au reste, la modicité de l'événement traumatique du 27 juillet 2004 (chute dans les escaliers) ne justifiait pas de prise en charge selon l'intimée. Dans cette perspective, le recourant doit être rendu attentif à l'éventualité d'une reformatio in pejus qui pourrait être prononcée à son détriment et conduire à une éventuelle suppression de la rente d'invalidité allouée ainsi qu'au remboursement d'une partie des prestations versées. En outre, le remplacement d'un

stimulateur ne constitue pas un événement de nature à conduire à une aggravation de l'état de santé. Au contraire, puisque les appareils nouveaux sont de plus en plus performants. Si une telle aggravation devait néanmoins se produire, le recourant disposerait de la possibilité de demander la révision de sa rente, sous réserve de la question de la prise en charge. L'intimée relève au surplus que le taux d'invalidité reconnu (31%) est légèrement supérieur à celui octroyé par l'OAI (30%). C'est en outre à juste titre que l'intimée a déterminé le taux d'invalidité selon la méthode générale de comparaison des revenus hypothétiques, étant donné que le recourant n'exerce plus d'activité lucrative.

Dans sa réplique du 9 février 2009, le recourant demande l'audition en qualité de témoin du Dr D._____, et du Dr K._____, la production de son dossier en mains du Centre N._____, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, destinée à déterminer sa capacité de travail. Il confirme les conclusions prises dans son recours du 25 août 2008. Il évoque d'abord les circonstances de l'accident du 27 juillet 2004, qui sont propres selon lui à ouvrir le droit aux prestations de l'intimée. Il résulte en effet du dossier médical que la hernie discale et les problèmes lombaires sont apparus immédiatement après cette chute dont le caractère accidentel n'a jamais été remis en cause. Avant l'accident, on constate une absence totale d'un quelconque symptôme chronique. Les éventuels troubles dégénératifs des disques intervertébraux et de la colonne lombaire existant éventuellement avant l'accident doivent dès lors être qualifiés d'asymptomatiques. Il souligne qu'il a auparavant pu exercer son activité de machiniste de chantier et que le seul arrêt-maladie dont il a bénéficié a duré du 12 au 19 août 2002. S'agissant de la capacité de travail, le recourant expose que seul le Dr F._____ s'écarte sans la moindre explication des nombreuses constatations médicales opérées, notamment par les médecins de la Clinique T._____, cela sans la moindre explication. Il est en effet le seul à lui reconnaître une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, alors que les autres médecins inclinent plutôt pour une capacité de travail de l'ordre de 50% dans une telle activité. A cet égard, le recourant produit deux certificats médicaux, l'un établi par le Dr D._____, médecin adjoint auprès de l'Hôpital

R._____, du 6 août 2008, qui renvoie à l'appréciation des médecins de la Clinique T._____ en ce qui concerne la capacité de travail, et l'autre du 17 septembre 2008, du Dr K._____, médecin-chef du service d'anesthésiologie et antalgie auprès de l'Hôpital Y._____, qui estime possible une capacité de travail de l'ordre de 50% dans un travail léger, excluant le port de charges et permettant en particulier les changements fréquents de position. Le recourant estime dès lors que le rapport du Dr F._____ est dépourvu de valeur probante, puisqu'il s'écarte sans motifs de l'appréciation des médecins de la Clinique T._____ où le recourant a séjourné à trois reprises et sans non plus formuler de critiques à l'égard de leurs conclusions. Il critique également les DPT retenues par l'intimée, estimant qu'elles ne sont pas adaptées à son état de santé et se plaint d'une fixation arbitraire de son revenu hypothétique, considérant qu'il aurait dû faire l'objet d'une réduction maximale, au vu de son manque de formation, de son handicap et de son âge.

Dupliquant le 4 mars 2009, l'intimée maintient l'intégralité de sa motivation et de ses conclusions. Elle rappelle toutefois que le taux d'invalidité retenu par elle (31%) est légèrement supérieur à celui admis par l'OAI (30%) et que le médecin d'arrondissement a pu voir le recourant à 5 reprises entre novembre 2004 et juin 2008, ce qui a permis une appréciation précise, longitudinale et approfondie de son cas. Elle souligne que les pièces au dossier montrent l'existence de problèmes dorsaux existant depuis plusieurs années alors que le recourant prétend le contraire. Elle estime que l'audition des médecins nommés par le recourant n'est pas recevable dans la mesure où il sollicite la mise en œuvre d'une expertise. Pour sa part, l'intimée requiert l'audition de l'employeur du recourant et renvoie pour le surplus à son mémoire de réponse.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent en principe à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accident, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA) – auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Au vu des conclusions du recourant, il y a lieu d'admettre que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si le degré d'invalidité du recourant, fixé à 31% par la décision du 11 février 2008 par laquelle l'intimée lui a alloué une rente d'invalidité de ce taux depuis le 1^{er} janvier 2008, confirmée sur opposition le 26 juin suivant, est conforme au droit. Dans ce contexte, le recourant soutient que le degré d'invalidité devrait être fixé sur la base d'une comparaison entre le revenu de valide qu'il aurait pu réaliser en tant qu'ouvrier dans le domaine du génie civil à 100% sans les atteintes à la santé consécutives à l'accident du 27 juillet 2004, et le revenu d'invalidé qu'il peut réaliser dans une activité adaptée avec une capacité de travail de 50%. Il ne conteste ainsi pas le revenu de valide calculé sur la base d'un gain annuel assuré de 67'087 fr., mais estime que le revenu d'invalidé devrait aujourd'hui être fixé sur la base d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée. La décision entreprise n'est pas non plus contestée en tant qu'elle accorde une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%.

3. a) Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Pour l'évaluation du taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA; TF 8C_499/2009 du 6 octobre 2009, consid. 2.1; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd. 2007, n. 165 p. 898).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés

exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; 104 V 135 consid. 2a et 2b; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009, consid. 2.1; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 165 p. 898-899). Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidé – comme par exemple dans le cas d'une personne de condition indépendante assurée à titre facultatif –, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 8 al. 3 LPGA; art. 28a al. 2 LAI [art. 28 al. 2bis aLAI pour la période antérieure au 1^{er} janvier 2008] et art. 27 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (méthode dite extraordinaire; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009, consid. 2.2 et les références citées; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 166 p. 899).

Pour fixer le revenu d'invalidé – second terme de la comparaison de l'art. 16 LPGA –, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la santé si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/aa; TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009, consid. 2.1; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 169 p. 899). Il s'agira en revanche de se fonder sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 170 p. 899). Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidé, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence: la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires qui est publiée sur un rythme bisannuel, tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT)

récoltées par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 171 à 176 p. 900-901).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V

351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2; 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

4. a) Avant tout, il convient d'examiner l'argument tiré d'une décision manifestement erronée qui conduirait à une réforme de la décision attaquée au détriment du recourant, suivant l'art. 61 let. d LPGA. A cet égard, l'intimée estime que c'est indubitablement en violation de la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. arrêt U 307/05 du 8 janvier 2007) qu'elle a pris en charge la hernie discale du recourant, vu les troubles similaires antérieurs dont celui-ci souffrait déjà, troubles qu'il a tenté de dissimuler à l'intimée, et vu la modicité de l'événement traumatique du 27 juillet 2004 (chute dans les escaliers).

Selon la jurisprudence (TFA H 161/06 du 6 août 2007 et les références citées), citée par Kieser (ATSG-Kommentar, 2^e éd., note 93, p. 785), une modification de la décision au détriment de l'assuré est une faculté laissée au juge. Celui-ci ne doit toutefois en faire usage qu'avec retenue et la limiter aux cas dans lesquels la décision est manifestement erronée et où la rectification de la décision revêt une importance considérable.

En l'espèce, on ne saurait parler d'une décision manifestement erronée de l'intimée. Celle-ci a en effet pris en charge le cas du recourant en toute connaissance de cause et après instruction complète. Il y a en effet lieu de relever que dans leur rapport du 26 janvier 2005, les médecins de la Clinique T._____ relèvent la "présence d'une

hypercyphose du rachis dorsal, principalement au niveau de la jonction cervico-dorsale en regard de C7 que le patient rattache à un ancien accident de la voie publique en 1985". Ils retiennent par ailleurs au titre de comorbidité l'existence d'une discopathie L5-S1 connue depuis 2002. Cette discopathie a par la suite fait l'objet d'un diagnostic secondaire dans les rapports subséquents de la Clinique T. _____ (rapports des 5 avril 2005 et 5 juillet 2006). Le rapport du 5 avril 2005 porte en regard de ce diagnostic la mention manuscrite "cas du dos en 1986/refusé". Il n'est donc pas exact de prétendre que le recourant aurait tenté de dissimuler au médecin d'arrondissement des troubles antérieurs qui sont au contraire connus depuis longtemps. Au demeurant, les arguments exposés en réplique permettent d'admettre que la hernie discale dont le recourant a souffert est principalement due à l'accident du 27 juillet 2004, dont il rappelle les circonstances dans cette écriture, lesquelles correspondent à celles évoquées par le recourant dans le compte-rendu d'entretien du 31 août 2004 avec un inspecteur de la CNA. Par ailleurs, cette chute a entraîné un arrêt de travail, le recourant n'ayant pas repris l'exercice de son ancienne activité, alors qu'il n'avait bénéficié auparavant que d'un bref arrêt-maladie du 12 au 19 août 2002.

Au vu de ce qui précède, la décision querellée ne saurait être considérée comme manifestement erronée et le grief tiré d'une décision manifestement erronée qui conduirait à une réforme de la décision attaquée au détriment du recourant, doit être écarté.

b) Le recourant reproche à l'intimée de lui avoir reconnu une capacité de travail entière avec un rendement normal dans une activité adaptée, c'est-à-dire des travaux légers et permettant l'alternance des positions. L'intimée s'appuie sur le rapport du Dr F. _____, médecin d'arrondissement, lequel, dans son rapport du 9 juin 2008, considère que les activités décrites dans les DPT recueillies sont adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant.

Dans leur rapport du 26 janvier 2005, les médecins de la Clinique T. _____ ne se prononcent pas sur la capacité de travail du

recourant. Ils relèvent que la position assise est tenue près d'une demi-heure, le patient se levant spontanément pour exécuter quelques pas avant de se rasseoir environ 5 minutes plus tard. La marche sur les talons et sur la pointe et un pied devant l'autre est correctement exécutée. L'accroupissement et l'agenouillement sont aisés. Le tableau clinique à l'admission est toutefois dominé par la douleur, qui associe notamment des douleurs lombaires inopinées et des sensations de décharge électrique. Dans leur rapport du 5 juillet 2006, les médecins de la Clinique T._____ constatent que la position assise est apparemment bien tolérée durant l'anamnèse. Ils notent que la marche sur les pointes, sur les talons et la marche un pied devant l'autre sont réussies, ainsi que l'accroupissement. Pour autant, le recourant se plaint, à l'entrée, de la persistance d'une lombalgie mécanique basse diurne et nocturne, augmentée par les efforts physiques et la position assise prolongée, soulagée par la médication de Tramal, Dafalgan et Neurontin. D'autre part, les douleurs de type neurogène du membre inférieur gauche sont nettement diminuées après la pose d'un stimulateur médullaire en avril 2006. Malgré cela, le handicap fonctionnel subjectif pour les activités de la vie quotidienne reste de 52%. Les médecins de la Clinique T._____ en concluent que du point de vue du problème du dos, seule une activité légère favorisant l'alternance des postures assise et debout et avec quelques déplacements en terrain facile pourrait être exercée. Concédaient la difficulté de fixer un taux précis, ils retiennent néanmoins une capacité de travail de 50%.

De son côté, le Dr F._____ relève le 25 septembre 2006 qu'objectivement la musculature paravertébrale est diffusément tendue et sensible à la palpation dans toute la région lombaire. Pour autant, la démarche, pieds nus dans la salle d'examen, s'effectue sans boiterie, avec aisance. La marche sur la pointe des pieds et sur les talons est bien exécutée. L'accroupissement est profond, symétrique, les talons décollent bien du sol, le relèvement est aisé. La mobilité rachidienne paraît toutefois fortement limitée. Les mouvements sont rapidement interrompus, le recourant faisant valoir d'importantes douleurs lombaires. L'inclinaison latérale gauche serait particulièrement douloureuse. La mobilisation est

très appréhendée et le recourant a de la peine à se redresser après s'être penché en avant. Il y a de légers troubles de la sensibilité dans le territoire S1 gauche. Il subsiste un syndrome lombo-vertébral apparemment marqué, tandis que la symptomatologie douloureuse radiculaire s'est amendée. Il considère dès lors qu'en l'absence de comorbidité psychiatrique, le recourant devrait pouvoir travailler dans une large proportion, voire en plein, dans une activité bien adaptée, légère et autorisant des positions alternées. Le 9 juin 2008, le Dr F. _____ retient qu'il n'y a pas de perturbation des épreuves de marche, que l'accroupissement est profond, symétrique, les talons décollent bien du sol et le relèvement aisé. Le recourant peut rester en outre longtemps assis. Le Dr F. _____ admet en outre que la situation n'évolue pas beaucoup. Toutefois, il considère que le recourant peut travailler à plein temps avec un rendement complet dans chacune des activités décrites dans les DPT.

Si le Dr F. _____ envisage une capacité de travail complète dans une activité adaptée dans son rapport du 25 septembre 2006, les médecins de la Clinique T. _____ retiennent au contraire, le 5 juillet 2006, une capacité de 50%, toujours dans une activité adaptée. Ils s'accordent à reconnaître qu'elle doit pour l'essentiel être légère et favoriser l'alternance des positions. Pour le reste, il s'agit d'une appréciation différente d'une situation globalement identique, ce que reconnaît le Dr F. _____, puisqu'il admet dans son rapport du 9 juin 2008, que la situation n'évolue pas beaucoup d'un examen à un autre. Cela étant, le Dr F. _____ aurait dû expliquer pour quels motifs il entendait s'écarter de l'appréciation faite par les médecins de la Clinique T. _____ deux mois plus tôt. Or, force est de constater qu'il se contente de retenir une capacité de travail plus élevée alors même que la situation évolue peu. Un tel écart dans l'appréciation de la capacité de travail nécessite une motivation d'autant plus serrée qu'elle concerne une situation qui évolue peu et ce, depuis plusieurs années.

C'est dès lors à tort que l'intimée retient une capacité de travail de 100% en se fondant sur l'appréciation du Dr F. _____. En effet, bien que le Dr F. _____ ait vu le recourant à quatre reprises entre 2004

et 2008, le recourant a séjourné trois fois à la Clinique T._____ en novembre-décembre 2004, mars 2005 et mai-juin 2006. Il a donc été vu durant plusieurs semaines consécutives, à plusieurs reprises ce qui a permis aux praticiens de la Clinique T._____ de porter une appréciation appréhendant de manière plus globale l'état de santé du recourant que le fait de le voir quelques heures en l'espace de 4 ans. Au demeurant, les rapports des praticiens de la Clinique T._____ satisfont aux réquisits jurisprudentiels résumés ci-avant (cf. supra consid. 3b) pour se voir reconnaître une pleine valeur probante; ils sont complets et leurs conclusions sont claires et bien étayées.

La cour de céans retient ainsi, sur la base du dossier qui se révèle suffisamment instruit sur le plan médical - ce qui rend inutile la mise en œuvre d'une expertise et l'audition de témoins, telle que requise par les parties -, que le recourant présente une capacité de travail de 50% dans une activité légère adaptée à ses limitations fonctionnelles.

c) Le recourant conteste le revenu hypothétique d'invalidé fondé sur les 5 DPT recueillies par l'intimée. Il fait valoir que certains de ces postes ne sont pas adaptés à ses limitations fonctionnelles. Dans son rapport du 25 septembre 2006, le Dr F._____ définit l'activité adaptée comme légère et autorisant l'alternance des positions. De leur côté, les médecins de la Clinique T._____ envisagent une activité légère favorisant l'alternance des positions assise et debout avec quelques déplacements en terrain facile (rapport du 5 juillet 2006).

Le recourant critique les DPT nos 8544 et 3402, soutenant qu'elles ne seraient pas adaptées à ses limitations fonctionnelles au motif qu'elles nécessiteraient le port très fréquent de charges légères jusqu'au niveau des hanches et impliqueraient "très souvent" la position assise. Ces critiques ne sont pas fondées.

L'alternance des positions assise et debout est certes recommandée. Toutefois, tant les praticiens de la Clinique T._____ que le Dr F._____ constatent que la station assise est bien tenue, le Dr

F._____ ayant même relevé que le recourant pouvait rester longtemps assis (9 juin 2008). En outre, dans ce même rapport, le Dr F._____ indique qu'en station debout, le recourant se tient en charge équivalente des membres inférieurs qui paraissent bien axés. Par ailleurs, ils s'accordent à reconnaître que l'activité adaptée doit être exempte du port de charges lourdes. Il convient à cet égard de souligner que, dans son projet de décision du 19 juin 2008, l'OAI avait limité à 8 kilos la limite supérieure des charges dont on pouvait exiger le port par le recourant. Or, seules 2 DPT prévoient le port de charges légères (de 5 à 10 kilos), jusqu'au niveau des hanches, la colonne "rarement" étant cochée.

De manière générale, les activités décrites dans les DPT recueillies répondent aux exigences médicales et ne s'écartent pas de manière significative des limitations fonctionnelles retenues. Elles privilégient certes une position ou une autre, mais correspondent globalement aux handicaps du recourant, de sorte qu'il y a lieu d'admettre que ces DPT sont également adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant. Toutes les DPT autorisent en outre un travail à temps partiel. Quant à la fixation du revenu d'invalidé de 4'000 fr. par mois, il résulte de la moyenne arithmétique des DPT retenues. En effet, les salaires annuels moyens s'élèvent pour ces postes à 51'220 fr, 44'000 fr., 44'200 fr., 50'950 fr. et à 49'750 fr. soit une moyenne de 48'024 fr, d'où un revenu mensuel de 4'000 fr. qu'il y a partant lieu de confirmer. Cela étant, la capacité de travail reconnue au recourant de 50% ne permet pas de se prononcer sur une éventuelle diminution de rendement. Il y a donc lieu de retourner le dossier à l'intimée afin qu'elle examine si une diminution de rendement justifie une réduction du revenu d'invalidé. Elle devra tenir compte des indications fournies par les Drs D._____ et K._____ (cf. p. 15 et 16 ci-dessus).

Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision sur opposition du 26 juin 2008 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants qui précèdent.

5. La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. et de mettre à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision attaquée est annulée et le dossier renvoyé à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants.
- III.** Le recourant a droit à des dépens fixés à 2'000 fr. (deux mille francs) à la charge de l'intimée.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Katia Pezuela, avocate (pour X. _____),
- Me Didier Elsig, avocat (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :