

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 juin 2011

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : Mme Bendani et M. Gutmann, assesseur  
Greffière : Mme Trachsel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à Vevey, recourant, représenté par Me Eduardo Redondo,  
avocat à Vevey,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS  
(SUVA)**, à Lucerne, intimée, représentée par Me David Métille, avocat à  
Lausanne,

---

**Art. 6 al. 1<sup>er</sup>, 18 al. 1<sup>er</sup>, 19 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1968, travaillait en qualité de déménageur/nettoyeur pour le compte de l'entreprise L.\_\_\_\_\_, à Corsier, et à ce titre, était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (SUVA) (ci-après : la CNA ou la caisse) contre les accidents professionnels et non professionnels lorsque le 21 juin 2005, dans le cadre de son travail, il a été victime d'une chute de plusieurs mètres.

Opéré le jour-même d'une fracture luxation tri-malléolaire fermée de la cheville gauche, l'assuré a bénéficié du traitement nécessaire. Il a repris le travail à 50 % dès le 21 novembre 2005, et à plein temps, dès le 9 janvier 2006. Le 12 mai 2006, il a été procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (ci-après : l'AMO). A la suite de cette intervention, C.\_\_\_\_\_ n'a pu reprendre le travail qu'à temps partiel.

**B.** Le 15 septembre 2006, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH, a rendu un rapport expliquant qu'une IRM avait permis de mettre en lumière l'existence d'une zone d'oedèmes au niveau du dôme astragalien supéro-externe compatible avec une zone de surcharge. Ce médecin expliquait que les douleurs étaient probablement liées à cette surcharge et proposait de prescrire des supports plantaires.

Le 28 novembre 2006, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, orthopédie et traumatologie a examiné l'assuré à la demande du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie. De l'examen clinique, il ressortait une bonne mobilité de la tibio-astragaliennne et une mobilité de la sous-astragaliennne presque symétrique. La radiographie montrait une anatomie bien reconstruite, une couche cartilagineuse bien conservée avec une petite excentricité, voire un amincissement sur l'aspect dorsal. Par contre, un début d'arthrose était déjà visible sur les clichés standards.

Le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à un examen clinique de l'assuré. Dans son rapport du 30 avril 2007, il expliquait notamment qu'il n'existait plus de traitement à proprement parler, que le patient prenait de temps à autre des antalgiques qu'il s'était procuré sans ordonnance, que le traitement effectué chez le Dr P.\_\_\_\_\_ n'avait pas été poursuivi et que plus aucun rendez-vous n'était prévu chez le Dr H.\_\_\_\_\_. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a constaté que l'évolution avait été favorable jusqu'à l'AMO, autorisant une reprise du travail à plein temps mais qu'elle s'était dégradée par la suite. Il indiquait également que le patient se plaignait essentiellement de douleurs rétro-malléolaires externes, prédominant à la mise en route et en fin de journée, et qu'il marchait sans boiterie, avec aisance. Il relevait également que la cheville paraissait tout à fait calme et que les radiographies montraient une arthrose tibio-astragalienne débutante et un probable début d'ostéo-nécrose.

En raison de la persistance des douleurs, l'indication à une prise en charge stationnaire a été posée, de sorte qu'un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR), à Sion, a été organisé du 6 juin au 10 juillet 2007. Les Drs Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et FMH en chirurgie orthopédique, et T.\_\_\_\_\_, médecin-assistant au Service de réadaptation générale, ont constaté, en résumé, ce qui suit :

"M. C.\_\_\_\_\_ nous est adressé 2 ans après une fracture-luxation trimalléolaire de la cheville gauche, et 1 an après l'AMO. Il persiste des douleurs dont l'intensité déclarée semble dépasser le cadre médical. Au vu des quelques lésions retrouvées à l'arthro-Scanner, un renforcement musculaire de la cheville est proposé, et une adaptation du chaussage, dans le but de stabiliser la cheville. M. C.\_\_\_\_\_ ne voit cependant pas d'amélioration et on note plutôt une péjoration durant le séjour, raison pour laquelle les thérapies ont été arrêtées.

Sur le plan professionnel, l'incapacité de travail de 50 % dans la profession de déménageur est maintenue pour une durée de 2 semaines. Il nous a fait comprendre qu'il ne se sent pas prêt à reprendre son travail, même à 50 %. La situation médicale est cependant considérée stabilisée. Rien ne s'opposerait à une augmentation de la capacité de travail. En cas d'échec, on pourrait suspecter l'influence de facteurs non médicaux. Il est aussi clair que le patient a une pleine capacité de travail dans une activité moins physique que celle de déménageur."

Dans un certificat médical intermédiaire du 30 octobre 2007, le Dr H.\_\_\_\_\_ a rendu compte de douleurs persistantes et a mis en évidence le fait que l'assuré voulait consulter un autre médecin. Il préconisait une reprise de travail à plein temps dès le 10 septembre 2007 et notait que l'assuré était "*parti fâché de sa remise à 100 %, proposée par la Clinique de réadaptation de la SUVA*".

Le 22 mai 2008, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin adjoint du département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV) et médecin traitant de l'assuré, a examiné ce dernier et a diagnostiqué une arthrose post-traumatique talo-crurale et sous-talienne gauche débutante. Sur le plan orthopédique, ce médecin indiquait pouvoir offrir très peu à l'assuré, si ce n'était de lui recommander des chaussures montantes, éventuellement une barre de déroulement, ceci sans être certain d'une amélioration. Il notait encore que des mesures devaient être prises au plus vite sur le plan du travail mais il doutait que l'assuré puisse continuer à terme son travail de déménageur. Il préconisait une reconversion professionnelle urgente.

Le 8 septembre 2008, le Dr G.\_\_\_\_\_ a procédé à l'examen médical final de l'assuré. Il a constaté l'existence de douleurs de la cheville gauche, prédominant sur le versant externe, avec tendance à irradier dans toute la jambe jusqu'au genou. Il a relevé que la marche était relativement moins bonne qu'auparavant, démontrant l'existence d'une péjoration progressive de l'état de santé. Il a indiqué que les radiographies montraient une arthrose débutante, de sorte que le travail comme déménageur n'était plus envisageable, en tout cas à plein temps. Il a toutefois considéré que l'assuré conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telles que le port de charges lourdes, la station debout prolongée, les longs trajets et la marche en terrain accidenté. Du point de vue thérapeutique, ce médecin indiquait ne pas avoir grand-chose à proposer.

Par décision du 28 novembre 2008, la CNA Lausanne a alloué à C.\_\_\_\_\_ pour les séquelles accidentelles une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %, correspondant à la somme de 5'340 fr., mis fin au paiement des soins médicaux, arrêté le versement de l'indemnité journalière au 28 février 2009 et, finalement, refusé l'allocation d'une rente d'invalidité, motif pris que les séquelles de l'accident ne réduisaient pas la capacité de gain de l'intéressé de manière importante.

Par courrier du 12 décembre 2008, l'assuré s'est opposé à cette décision, laquelle a fait l'objet d'une motivation ultérieure du 31 mars 2009. Il exposait qu'aucune information ne lui avait été communiquée quant à la nature des activités adaptées qu'il était en mesure de réaliser ni sur le rendement effectif qu'il pourrait déployer dans cette sorte d'activité professionnelle, et que, de ce fait, la décision du 28 novembre 2008 devait être réformée en ce sens que des indemnités journalières devaient être versées au-delà du 28 février 2009. Il sollicitait subsidiairement l'octroi d'une rente d'invalidité dans la mesure où l'atteinte à la santé était aujourd'hui stabilisée.

Par décision sur opposition du 9 avril 2009, la caisse a rejeté l'opposition formée par C.\_\_\_\_\_ contre la décision précitée, joignant à sa motivation, cinq descriptifs de postes de travail (ci-après : DPT) adaptés à l'exigibilité médicale formulée par le Dr G.\_\_\_\_\_, et permettant de fixer un revenu d'invalidé de l'ordre de 4'234 fr. (part au treizième salaire incluse).

**C.** C.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette dernière décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 19 mai 2009. Il a conclu à ce que la décision entreprise soit réformée en ce sens qu'une rente d'invalidité lui est allouée à charge de l'assurance accident, dès et y compris le 1<sup>er</sup> mars 2009. A titre de mesures d'instruction, le recourant a demandé qu'un délai lui soit octroyé pour produire des informations médicales provenant du Dr S.\_\_\_\_\_, lequel devait l'examiner à nouveau le 10 juin 2009 suivant. Il a également requis

l'assistance judiciaire provisoire, demande qui a été rejetée le 26 mai 2009.

Dans son mémoire de réponse du 23 juin 2009, la caisse a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Dans une écriture du 15 octobre 2009, le recourant a indiqué qu'il devait subir une intervention chirurgicale le 26 novembre 2009 et qu'ainsi il semblait indispensable, à titre de mesures d'instruction et afin d'obtenir des éléments complets sur son état de santé, de suspendre la cause jusqu'à ce que son conseil soit en mesure de déterminer les résultats de l'intervention chirurgicale.

Par courrier du 14 juin 2010, la caisse a produit de nouvelles pièces médicales. Elle mettait en évidence le fait que, dans son rapport du 21 mai 2010, le Dr S.\_\_\_\_\_, avait lui-même reconnu que la douleur n'était pas intra-articulaire, donc pas localisée strictement au niveau du pied gauche mais plutôt, à celui des tissus mous de la face de la jambe, rejoignant en cela l'avis du Dr P.\_\_\_\_\_, déjà émis en date du 28 novembre 2006. La caisse notait notamment :

"De façon magnanime, la CNA a, néanmoins, accepté la prise en charge de la rechute annoncée bien tardivement, et versé des indemnités journalières à compter du 27 novembre 2009.

Cette rechute, postérieure au moment déterminant de la cessation des indemnités journalières (28 février 2009) n'est pas objet du présent litige ; par ailleurs, se pose, dans le cadre de la rechute, le problème du salaire nouvellement assuré ; toute cette problématique fera l'objet d'une nouvelle décision et, cas échéant, d'une nouvelle décision sur opposition ou procédure judiciaire.

En l'état de la présente procédure, il y a lieu de se demander si celle-ci présente encore un intérêt pour M. C.\_\_\_\_\_ et si son recours ne devient pas sans objet. Il convient d'interpeller celui-ci sur ce point."

Dans un courrier du 14 juillet 2010, le recourant a contesté l'existence d'une rechute, ce dans la mesure où des nouveaux documents médicaux produits par la caisse, notamment les rapports des Drs

R.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_, montrant qu'il présentait toujours une séquelle traumatique de la cheville gauche.

Par courrier du 8 mars 2011, la caisse a souligné que la rechute du mois de novembre 2009 était toujours en cours et que des prestations d'assurance étaient encore versées au recourant. Elle proposait d'interpeller ce dernier sur la question de savoir si la procédure présentait encore un intérêt pour lui et si son recours n'était pas devenu sans objet.

Le 28 mars 2010, le recourant a précisé qu'il n'avait pas perçu d'indemnité de la caisse entre le 28 février et le 26 novembre 2009, qu'il avait perçu des indemnités à 50 % du 26 novembre 2009 au 10 mai 2010 et que depuis cette dernière date, il ne percevait plus aucune indemnité. Il rappelait les conclusions de son recours, tendant au versement de prestations d'assurance dès le 1<sup>er</sup> mars 2009, celui-ci conservant ainsi toute sa pertinence, dans la mesure où la caisse l'avait indemnisé pour une période limitée dans le temps à un taux de seulement 50 %.

## **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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 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 1er janvier 2009, s'applique aux recours 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).

**2.** Le présent litige porte uniquement sur la question de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité à la suite de son accident du 21 juin 2005.

**a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation

exigibles (art. 7 LPGA). L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215, consid. 7.2, et les références citées).

A teneur de l'art. 19 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.

**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 51, 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. 2c ; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; 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 125 V 351, consid. 3a, et les références citées; 134 V 231, consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

**c)** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4 p. 348 ; 128 V 29 consid. 1 p. 30 ; TF 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé — soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible — le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de

postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475).

Le premier mode d'évaluation se fonde donc sur les statistiques officielles de la Confédération qui publie, depuis 1994, une enquête sur la structure des salaires en Suisse (ESS). La seconde méthode d'évaluation du revenu d'invalidé - celle que l'on retiendra dans le cas d'espèce - repose sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT), tirées d'une vaste base de données établie par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents. Dans ce cas, pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (ATF 128 V 29 consid. 1 p. 30), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée. C'est pourquoi la jurisprudence impose, en cas de recours aux DPT, la production d'au moins cinq d'entre eux (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 p. 480 ; TF 8C\_809/2008 du 19 juin 2009 consid. 4.2.2 ; TF 8C\_4/2008 du 25 juin 2008 consid. 3.2).

**3. a)** En l'espèce, il ressort du rapport du 30 avril 2007 du Dr G.\_\_\_\_\_ qu'il n'y a plus de traitement à proprement parler pour le recourant, que celui-ci prend de temps à autre des antalgiques qu'il s'est d'ailleurs procuré sans ordonnance, que le traitement chez le Dr P.\_\_\_\_\_ n'a pas été poursuivi et qu'il n'y a plus de rendez-vous prévu chez ce médecin. Les médecins de la CRR ont constaté que la situation médicale de l'assuré était considérée comme stabilisée. A l'issue de l'examen du 22 mai 2008, le Dr S.\_\_\_\_\_ a conclu que, sur le plan orthopédique, on pouvait finalement très peu offrir au recourant, si ce n'est de lui recommander des chaussures montantes, éventuellement une barre de déroulement. Le 8 septembre 2008, le Dr G.\_\_\_\_\_ a quant à lui confirmé que, d'un point de vue thérapeutique, il n'y avait plus grand-chose à proposer à l'intéressé.

Ainsi, au regard de l'ensemble de ces éléments, on doit admettre que le traitement médical est terminé, la continuation de celui-ci ne permettant plus d'attendre une sensible amélioration de l'état de l'assuré.

**b)** Le recourant soutient que son activité de déménageur n'est plus exigible en raison d'une atteinte grave à sa cheville gauche. Se référant plus particulièrement aux rapports des Drs H.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, il estime que l'appréciation du Dr G.\_\_\_\_\_ n'est pas suffisamment motivée lorsqu'il retient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans leur rapport du 25 juillet 2007, les médecins de la CRR ont relevé que, sur le plan professionnel, l'incapacité de travail de 50 % dans la profession de déménageur était maintenue pour une durée de 2 semaines, que rien ne s'opposait à une augmentation de la capacité de travail, qu'en cas d'échec, on pourrait suspecter l'influence de facteurs non médicaux. Ils soutenaient encore que le patient jouissait d'une pleine capacité de travail dans une activité moins physique que celle de déménageur. Le Dr H.\_\_\_\_\_ préconisait une reprise de travail à 100 % dès le 10 septembre 2007 ; il faisait remarquer que le patient était parti fâché de sa remise à 100 %, proposée par la CRR. Dans son rapport du 23 mai 2008, le Dr S.\_\_\_\_\_ relevait que le patient présentait une arthrose post-traumatique talo-crurale et sous-talienne débutante. Il mentionnait que des mesures devaient être prises au plus vite sur le plan du travail, qu'il doutait que ce patient puisse continuer à terme son travail de déménageur et qu'une reconversion professionnelle vers un travail beaucoup plus sédentaire lui semblait urgente. Dans son rapport du 8 septembre 2008, le Dr G.\_\_\_\_\_ relevait que le patient disait qu'il avait toujours passablement de douleurs de la cheville gauche, prédominant sur le versant externe, avec tendance à irradier dans toute la jambe jusqu'au genou, qu'il mentionnait également un gonflement et des difficultés à bouger les orteils et que les douleurs prédominaient à la mise en route et en fin de journée. Il mentionnait aussi que, lors de l'examen clinique, le patient marchait nettement moins bien qu'avant, boitant de manière

assez démonstrative et admettait que les radiographies montraient une arthrose tibio-astragalienne, tandis qu'il y avait une anomalie de signal de l'os sous-chondral dans la partie externe du dôme astragalien, éventuellement compatible avec un début d'ostéo-nécrose. Il considérait enfin qu'il était possible que ce patient ne puisse plus travailler comme déménageur, en tout cas en plein, mais qu'en revanche, il conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il précisait que les limitations fonctionnelles étaient les charges lourdes, la station debout prolongée, les longs trajets et la marche en terrain accidenté.

**c)** Cela étant, force est de constater que tous les spécialistes sont unanimes à affirmer que l'intéressé conserve une pleine capacité dans une activité moins physique que celle de déménageur. Contrairement à ce que semble penser le recourant, le Dr S. \_\_\_\_\_ n'a jamais affirmé que le patient ne présentait pas une pleine capacité de travail avec plein rendement, ce dernier soutenant uniquement qu'une reconversion professionnelle était nécessaire.

On ne voit donc aucun motif de s'écarter des conclusions du Dr G. \_\_\_\_\_, celles-ci étant claires, complètes et suffisamment explicites. En effet, les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et le rapport se fonde sur des examens complets, prenant en compte les plaintes du patient ; celui-ci a du reste été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Par ailleurs, la description et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions de l'expert sont dûment motivées.

Sur le vu de ce qui précède, dans la mesure des limitations fonctionnelles relevées par le Dr G. \_\_\_\_\_, il convient d'admettre que le recourant a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ce malgré les séquelles qui subsistent et qui ne sont d'ailleurs niées ni par les médecins, ni par la caisse.

**d)** Il reste à examiner le gain hypothétique que le recourant pourrait réaliser dans une activité adaptée et à le comparer avec celui qu'il aurait pu réaliser sans handicap.

En l'espèce, il ressort des pièces au dossier que le recourant, sans son handicap, aurait réalisé, chez son employeur, en qualité de déménageur, un revenu de 53'600 fr. pour l'année 2008.

La caisse a produit cinq DPT. La DPT n° 11554 se réfère à une activité de contrôleur pour laquelle il est prévu une rémunération annuelle moyenne de 47'125 fr. La DPT n° 3305 concerne une activité de mécanicien/monteur de modules prévoyant un salaire moyen de 54'535 fr. La DPT n° 992 donne la description d'une activité d'ouvrier d'atelier de perçage avec à la clé une rémunération moyenne de 47'488 fr. La DPT n° 5201 envisage un travail très léger comme collaborateur de production pour un salaire moyen de 53'625 fr. Enfin, la DPT n° 339275 fournit une description pour une activité d'employé de décoration où le salaire annuel moyen s'élève à 51'285 fr. Il ressort du descriptif relatif aux exigences physiques de ces cinq DPT qu'aucune d'entre elles n'exige le port de charges lourdes, la station debout prolongée, les longs trajets et la marche en terrain accidenté. Ainsi, les DPT choisies par la caisse sont adaptées aux restrictions physiques et donc exigibles de la part du recourant, ce dans la mesure où les limitations fonctionnelles relevées par le Dr G. \_\_\_\_\_ sont prises en compte.

Ainsi, la moyenne des revenus de ces cinq activités légères s'élève à 50'811 fr. 60. Le revenu de valide se montant à 53'600 fr., l'invalidité est bien de 5,2 %. Inférieur à 10 %, c'est dès lors à juste titre que la caisse a considéré que ce taux était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

**e)** Le recourant requiert un délai supplémentaire pour déposer le rapport complémentaire du Dr S. \_\_\_\_\_, dès lors qu'il a fait l'objet d'un nouvel examen clinique le 10 juin 2009 au CHUV. Il explique que son état de santé n'est pas stabilisé.

Comme on vient de le voir, les éléments de la cause sont suffisants, le dossier étant complet sur le plan médical. Il n'y a donc pas

lieu d'ordonner les mesures d'instruction requises par le recourant. En outre, point n'est besoin d'examiner s'il existe un cas de rechute ou de séquelles tardives, ces questions ne faisant pas l'objet de la décision entreprise.

**4.** En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans qu'il y ait lieu de procéder aux mesures d'instruction complémentaire requises par le recourant.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. La caisse intimée obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel mais agissant comme autorité chargée de tâches de droit public, ne peut se voir allouer des dépens à la charge du recourant (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 9 avril 2009 par la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (SUVA) est confirmée.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Eduardo Redondo, avocat (pour C. \_\_\_\_\_),
- Me David Métille, avocat (pour la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (SUVA)),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :