RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/590/2004** **ATAS/980/2004**

# ARRET

# DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

## 6ème Chambre

## du 29 novembre 2004

En la cause

**Monsieur F_____** recourant

Contre

**SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne, mais comparant par Me Jacopo RIVARA en l'étude duquel elle élit domicile intimée

**Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Juliana BALDE et Isabelle DUBOIS, Juges.**

## EN FAIT

1. Monsieur F_____, né en août 1954, marié et père d'un enfant, de nationalité française, frontalier, a travaillé en tant qu'opérateur à plein temps auprès de l'entreprise X_____ SA à Chêne-Bourg dès le 1er mars 1989. A ce titre, son salaire annuel s'élevait à 41'204 fr. 50. Son employeur l'avait assuré pour les accidents auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA).

2. Du 13 janvier 2000 au 11 janvier 2002, l'assuré a été en incapacité totale de travailler pour cause de maladie et a perçu de ce fait des indemnités journalières d'HELSANA ASSURANCES SA (ci-après HELSANA), son assureur-maladie perte de gain. Il a sollicité le 28 mars 2001 l'octroi d'une rente d'invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), lequel lui a refusé, par décision du 18 janvier 2002, toute prestation de l'assurance-invalidité au motif que son atteinte à la santé, soit un léger état dépressif, ne l'empêchait pas d'exercer sa profession. L'assuré a interjeté recours contre cette décision tout en reprenant le travail auprès de son employeur à mi-temps.

3. Dans l'après-midi du 24 mai 2002, l'assuré s'est violemment cogné le coude gauche contre le bord de la machine dont il nettoyait le filtre, après que ce dernier lui ait glissé des mains. Il a été en incapacité de travail à 100 % dès cette date et a consulté le docteur A_____ de la Permanence de Chêne-Bourg, lequel a constaté un hématome épicondyle au coude gauche, une impotence fonctionnelle, une tuméfaction ainsi que des dysesthésies et une hypoesthésie du poignet avec répercussion sur les doigts 3, 4 et 5. Il n'y avait pas de fracture visible. Le médecin a diagnostiqué des contusions et une possible compression du nerf ulnaire gauche et a dirigé l'assuré auprès de la policlinique de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG). Après un bref examen le 25 mai 2002 aux urgences des HUG , l'assuré a été suivi par son médecin traitant à Annemasse, la doctoresse B_____.

4. Le 31 juillet 2002, le docteur C_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré et a préconisé une consultation neurologique avec électromyogramme, la contusion du coude gauche ayant probablement créé une atteinte du nerf cubital. Il persistait un trouble sensitif au niveau de l'annulaire et de l'auriculaire gauches et la force de la main demeurait toujours très diminuée ainsi que sa précision. Ce praticien a confirmé que la capacité de travail était nulle en relevant que l'évolution n'était pas terminée et qu'une amélioration était prévisible. Il a relevé que le travail de l'assuré requérait de la précision, de la force et une prise bimanuelle.

5. Le 4 septembre 2002, le docteur D_____, spécialiste en neurologie, a rédigé un rapport d'électromyogramme dans lequel il a diagnostiqué l'existence

d'une atteinte isolée du nerf cubital gauche en deçà du niveau du coude sur le site de la contusion. En témoignait un bloc de conduction, un ralentissement des vitesses de conduction motrices à ce niveau en faveur d'une démyélinisation segmentaire, assez sévère. Il n'avait pas observé d'argument en faveur d'une perte axonale ou d'une compression évolutive. La force musculaire était notamment diminuée dans l'écartement des doigts et la pince pouce-index.

6. Le 2 novembre 2002, la doctoresse B_____ a repris le diagnostic établi par le docteur D_____ en décrivant l'évolution de l'assuré comme « lentement favorable ». Un dommage permanent était à craindre sous la forme d'un déficit moteur léger des deux doigts ou proesthésies persistantes.

7. Le 19 novembre 2002, le gestionnaire du dossier de la SUVA a eu un entretien avec la responsable de X_____ SA, laquelle l'a informé que l'assuré était en passe d'être licencié. Sur question du gestionnaire, la responsable a expliqué qu'aucune possibilité n'existait de lui trouver un poste adapté, tant en raison des séquelles de l'accident que du fait de l'attitude de l'intéressé en général. Elle a encore mentionné que l'assuré avait déposé une demande auprès de l'assurance-invalidité à Genève, qu'une décision négative avait été rendue et que son dossier était en phase de procédure de recours.

8. Le 14 février 2003, le docteur E_____ de la clinique des Grangettes a réalisé une échographie de l'avant-bras gauche de l'assuré et a diagnostiqué une neuropathie cubitale gauche touchant tout le nerf cubital ainsi qu'une neuropathie un peu moins marquée du nerf médian au niveau du canal carpien, sans effet de compression.

9. Le 17 février 2003, le docteur G_____, spécialiste en neurologie et en électromyographie et expert mandaté par la SUVA, a rédigé un rapport après avoir examiné l'assuré les 31 janvier et 25 février 2003. Il a posé le diagnostic de neuropathie cubitale au coude, de syndrome du canal carpien bilatéral discret, de polyneuropathie sensitivo-motrice dont il conviendrait de rechercher l'origine et de troubles de la personnalité. La force était diminuée pour tous les intrinsèques de la main, y compris ceux dépendant du médian. Les plaintes du patient et en particulier la faiblesse du membre supérieur gauche étaient complètement disproportionnées par rapport aux trouvailles objectives. Il y avait donc une aggravation psychogène de la symptomatologie, laquelle n'était expliquée qu'en partie par les examens complémentaires effectués. S'agissant de la neuropathie cubitale, le médecin a relevé qu'à son avis, seule une neurolyse avec éventuelle transposition pourrait apporter un bénéfice mais que le risque de complications post-opératoires lui paraissait trop grand vu le contexte (personnalité fragile, problèmes socio-professionnels importants). L'incapacité de travail dans la profession d'opérateur de machine lui semblait totale et définitive.

10. Le 29 avril 2003, le docteur C_____ a derechef examiné l'assuré et a estimé qu'une stabilité avait été obtenue au niveau du coude gauche dans la mesure où la situation n'évoluait plus depuis plusieurs mois. Selon ce médecin, la symptomatologie objective présente au niveau du membre inférieur gauche n'était pas celle d'une lésion importante du nerf cubital mais celle d'une compression chronique du nerf cubital dont les manifestations étaient le plus souvent uniquement sensitives. L'importance subjective de la symptomatologie n'était pas expliquée par la lésion d'origine accidentelle et son origine était à rechercher au niveau d'autres troubles, présents avant l'accident. Il n'y avait pas d'explication sur le plan morphologique à une incapacité de travail complète en ce qui concernait les conséquences de l'accident. Prises isolément, ces dernières étaient compatibles avec un temps de travail complet, une réduction modérée du rendement étant concevable.

11. Le 27 juin 2003, sur requête de la SUVA, l'employeur a décrit les activités effectuées par l'assuré à son poste. Le travail consistait essentiellement en un travail assis de chargement et de déchargement de la machine et n'impliquait pas de port de charges lourdes, les plateaux de pièces d'environ deux kilos étant livrés par les gestionnaires et posés sur la machine. L'opérateur prélevait ensuite les pièces une à une pour les mettre dans la machine et, une fois le plateau vide, le mettait sur le côté droit de la machine.

12. Le 27 août 2003, le docteur H_____, médecin-conseil de la SUVA à Lucerne, a estimé que, malgré une neuropathie objectivement légère, la capacité de travail de l'assuré était entière dans son ancienne activité et qu'il devait être fait abstraction de l'aggravation psychogène de la symptomatologie.

13. Par décision du 10 septembre 2003, la SUVA a supprimé le paiement des indemnités journalières et des frais médicaux au 31 septembre 2003 en expliquant que l'accident du 24 mai 2002 ne jouait plus aucun rôle dans les troubles encore présents chez l'assuré.

14. Par courrier du 30 septembre 2003, HELSANA a formé opposition à cette décision et a sollicité la remise de tous les documents en possession de la SUVA pour examen.

15. Par courrier du 6 octobre 2003, l'assuré a également formé opposition en expliquant en substance qu'il souffrait, depuis l'accident, du coude et du bras et qu'il avait perdu toute force dans le bras et la main. Il a produit plusieurs documents médicaux, dont un nouveau rapport d'électromyogramme réalisé par le docteur D_____ le 3 octobre 2003, un prolongation de son incapacité de travail à 100 % signée par son médecin traitant, le docteur B_____, du 27 septembre 2003 ainsi qu'un rapport de ce dernier du 30 septembre 2003. Le docteur D_____ a relevé que l'examen effectué confirmait la persistance

de signes de souffrance isolés du nerf cubital gauche au passage du coude et que l'atteinte restait sévère mais purement démyélinisante. Quant au docteur B_____, il a expliqué donner des soins réguliers à l'assuré depuis de nombreuses années et a certifié que ce dernier n'avait jamais eu à souffrir de son coude gauche avant son accident de travail. Depuis cette date, il n'avait toujours pas récupéré une force musculaire suffisante pour faire son travail et gardait une baisse de sensibilité des annulaire, auriculaire et majeur de la main gauche.

16. Le 19 novembre 2003, HELSANA a déclaré maintenir son opposition dans la mesure où son médecin-conseil, le docteur I_____, avait estimé que tout n'avait pas été tenté pour pallier au problème de neuropathie cubitale. Ce praticien avait encore relevé que les conclusions du rapport du docteur G_____ du 17 février 2003 étaient contradictoires par rapport à celles du rapport du docteur C_____ du 29 avril 2003.

17. Par deux décisions sur opposition séparées du 11 décembre 2003, la SUVA a rejeté les oppositions de l'assuré et d'HELSANA et a confirmé sa décision du 10 septembre 2003. Elle a expliqué que, contrairement à la décision entreprise, il convenait de relever l'existence d'une neuropathie cubitale gauche engageant sa responsabilité mais qui n'ouvrait cependant aucun droit à des prestations supplémentaires dans la mesure où la capacité de travail était totale suite à cette séquelle de l'accident. En ce qui concernait plus particulièrement le traitement de cette atteinte, la SUVA a relevé qu'il était terminé conformément à ce qu'avaient déclaré tant le docteur G_____ que le docteur C_____. Quant à l'aggravation psychogène de la symptomatologie, la causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques présentés par l'assuré devait être niée, les critères jurisprudentiels en la matière faisant défaut dans la cas d'espèce.

18. Le 9 janvier 2004, l'assuré a demandé à HELSANA si elle comptait lui verser des indemnités journalières puisque les troubles de sa main et de son coude étaient devenus une maladie chronique. Il a relevé que la décision sur opposition du 11 décembre 2003 de la SUVA avait souligné qu'il existait bel et bien une neuropathie cubitale gauche et que cette suite de l'accident était bien établie. L'assuré a expliqué que, de son point de vue, la décision sur opposition était totalement contradictoire et qu'il ne comprenait pas comment la SUVA avait pu statuer sur son cas et admettre des troubles psychiques sans lui avoir fait passer aucun examen psychique ou psychiatrique.

19. Par courrier du 22 janvier 2004, HELSANA a refusé à l'assuré toute indemnité journalière en expliquant que la nature de l'affection provoquant son incapacité de travail était en relation avec celle pour laquelle l'assuré avait déjà épuisé son droit et avait déjà perçu des indemnités journalières du 13 janvier 2000 au 11 janvier 2002.

20. Par courrier du 10 mars 2004, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition de la SUVA auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en relevant en substance que la décision sur opposition de la SUVA était contradictoire et qu'il était tout à fait illogique de lui reconnaître tout d'abord l'existence d'une atteinte à la santé pour ensuite lui refuser toute indemnité supplémentaire. Il a également expliqué que les problèmes au niveau du bras ne pouvaient pas être expliqué par une composante psychique dès lors que l'OCAI lui-même avait refusé toute prestation de l'assurance-invalidité au motif qu'il n'y avait aucune raison psychiatrique reconnue justifiant une invalidité.

21. Par réponse du 7 juin 2004, la SUVA a conclu au rejet du recours par l'entremise de son conseil en soulignant que tant le rapport du docteur C_____ du 29 avril 2003 que celui du docteur G_____ du 17 février 2003 possédaient une pleine valeur probante, raison pour laquelle il convenait de s'y référer. Loin de se contredire, ces rapports permettaient au contraire de mieux comprendre dans quelle mesure l'atteinte à la santé psychique du recourant n'était pas en relation de causalité adéquate avec l'accident survenu, l'aggravation de la symptomatologie étant due précisément aux atteintes présentes avant l'accident.

22. Appelé le 7 septembre 2004 à préciser au Tribunal de céans l'incidence des affections de l'assuré sur sa capacité de travail résiduelle, le docteur G_____ a répondu le 16 septembre 2004 que l'incapacité totale de travail dans sa profession d'opérateur de machine découlait tant des affections physiques que des affections psychiques. Il estimait le pourcentage de chacune à 50 %. Il a relevé qu'il était très difficile de répondre à la question de savoir si le recourant pouvait travailler à 100 % dans une autre profession et quelle serait alors sa capacité de travail et que la réponse pourrait être apportée par l'AI.

23. Appelé à préciser le pourcentage de la baisse de rendement du recourant alléguée dans son rapport du 29 avril 2003, le docteur C_____ a répondu qu'il n'avait pas accès au dossier et qu'il répondrait à la question posée par le Tribunal de céans aussitôt qu'il serait en mesure de le faire, ce qu'il n'a jamais fait.

24. Le 3 octobre 2004, le recourant s'est déclaré soulagé de constater que le docteur G_____ reconnaissait son incapacité de travailler à 100 %.

25. Pour le surplus, les faits et allégués pertinents des parties seront repris, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » ci-après.

## EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après le TCAS), composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ). Conformément à l'art. 56 al. 1 let.

a LOJ, ce Tribunal connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives notamment à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au TCAS de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-accidents. Aux termes de l'art. 82 al. 1, 1ère phrase, LPGA, les dispositions matérielles de cette loi ne sont pas applicables aux prestations en cours et aux créances fixées avant son entrée en vigueur. Cette norme de droit transitoire ne règle que de façon très fragmentaire les situations de droit intertemporel. Elle se borne à écarter du champ d'application matérielle de la loi les prestations en cours et les créances fixées avant son entrée en vigueur. S'agissant plus précisément des prestations, il faut entendre celles qui ont fait l'objet de décisions - en principe formelles - entrées en force. On ne peut pas dire, en effet, que des prestations sont «en cours» aussi longtemps qu'il n'a pas été définitivement statué à leur sujet. Dans un arrêt L. du 4 juin 2004 destiné à la publication dans le Recueil officiel (H 6/04), la Cour de céans a précisé la portée de l'art. 82 al. 1 LPGA. Elle a retenu qu'on ne peut pas déduire a contrario de cette disposition que le moment où est prise la décision serait déterminant pour l'application des dispositions matérielles de la nouvelle loi en relation avec des prestations qui n'ont pas été fixées lors de son entrée en vigueur; en dehors de l'hypothèse spécifique envisagée par la disposition transitoire citée, il convient de se référer aux principes généraux selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être appréciée juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATFA non publié du 21 septembre 2004 en la cause K 158/03). En l'espèce, la réalisation de l'état de fait juridiquement déterminant s'est réalisé en 2002, raison pour laquelle le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

3. En revanche, les règles de procédures sont immédiatement applicables (art. 82 LPGA ; ATF 127 V 427 consid. 1). En ce qui concerne le délai de recours, l'art. 60 LPGA prévoit que le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. L'art. 106 LAA prévoit cependant qu'en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance. La décision dont est recours étant intervenue le 11 décembre 2003, le recours du 10 mars 2004 a été interjeté en temps utile et est dès lors recevable.

4. Quant à la compétence du Tribunal de céans ratione materiae, conformément à l'art. 56V al. 1 let a LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA relatives à la LAA, raison pour laquelle sa compétence pour juger du cas d'espèce est établie. En ce qui concerne sa compétence ratione loci, l'art. 58 al. LPGA prévoit que si l'assuré est domicilié à l'étranger, le Tribunal des assurances compétent est celui du canton de son dernier employeur en suisse. Le recourant ayant travaillé pour l'entreprise X_____ SA à chêne-Bourg en dernier lieu, le Tribunal de céans est dès lors compétent à raison du lieu.

5. Le litige porte sur le droit aux prestations d'assurance découlant de l'accident du 24 mai 2002.

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a notamment droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident et, s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite de l'accident, à une indemnité journalière (art. 10 et art. 16 LAA). Par ailleurs, selon l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il devient invalide à 10 % au moins par suite d'un accident et, selon l'art. 24 al. 1 LAA, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si, par suite de l'accident, il souffre d'atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale. Le droit aux prestations suppose d'abord un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé.

b) La causalité est naturelle lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapports de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, les cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations découlant de l'accident assuré doit être nié (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

c) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui

s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé psychique non consécutive à des traumatismes tels que ceux de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un type analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; la durée anormalement longue du traitement médical; les douleurs physiques persistantes; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa).

5. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. 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 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Le juge peut ainsi accorder une valeur probante aux rapports et expertises établis à la demande de l'assureur-accidents aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas

de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé ou de douter de l'objectivité des appréciations portées (ATFA non publié du 23 mai 2003 en la cause U 267/02 consid. 4.2). Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATFA du 26 octobre 2004, cause I 205/04).

6. a) En l'espèce, il sied de constater en premier lieu que tant l'expertise réalisée par le docteur G_____ le 17 février 2003 que le rapport du docteur C_____ du 29 avril 2003 répondent aux exigences en la matière posées par la jurisprudence et possèdent de ce fait pleine valeur probante. En effet, ces praticiens se sont prononcés après avoir pris connaissance du dossier de l'assuré et après l'avoir examiné. Ils ont tous deux établi son anamnèse personnelle et professionnelle et ont tenu compte des plaintes exprimées par le patient. Cependant, en ce qui concerne plus particulièrement la capacité de travail, le docteur G_____ a expliqué que l'incapacité de travail du recourant dans la profession d'opérateur de machine lui semblait totale et définitive. Il a précisé dans son courrier du 16 septembre 2004 adressé au Tribunal de céans qu'elle découlait à part égale tant des affections physiques diagnostiquées que des affections psychiques. En revanche, selon le docteur C_____, le motif de l'incapacité de travail totale actuelle était d'origine non accidentelle et il n'y avait pas d'explication, sur le plan morphologique, à une incapacité de travail complète en ce qui concernait les conséquences de l'accident, une réduction modérée du rendement étant concevable. Le Tribunal de céans estime que l'incapacité de travail de 50 % dans l'emploi d'opérateur de machine précisée par le docteur G_____ le 16 septembre 2004 est convaincante et tient compte de la neuropathie cubitale attestée le 14 février 2003 par le docteur E_____. Par ailleurs, elle est établie par un expert indépendant et spécialiste reconnu, au sens de la jurisprudence précitée, de telle manière qu'elle a pleine valeur probante. Quant au rapport du docteur H_____ du 27 août 2003 constatant une capacité entière de travail malgré une neuropathie, il y a lieu de relever qu'il ne saurait revêtir une pleine valeur probante dans la mesure où il ne s'agit que d'un simple avis médical très succinct.

b) Le Tribunal de céans relève que le lien de causalité naturelle et adéquate entre l'atteinte que le recourant a subi au coude et l'accident du 24 mai 2002 est donné. Au vu de l'estimation du docteur G_____, il y a lieu d'admettre que le recourant subit une incapacité de travail à 50 % dans son ancienne profession d'opérateur de machine en raison de son affection au coude.

c) Quant à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques dont souffre le recourant et l'accident, elle peut rester ouverte dés lors que l'existence d'un lien de causalité adéquate doit de toute façon être nié en l'occurrence. En effet, sur le vu des circonstances de l'accident, telles qu'elles ressortent du rapport LAA adressé à la SUVA du 28 mai 2002 ainsi que des explications du recourant du 12 juin 2002, l'événement du 24 mai précédent doit être classé dans la catégorie des accidents de peu de gravité. Même s'il était qualifié de moyen, il apparaît que les critères objectifs posés par la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident de gravité moyenne précités ne sont pas réalisés en l'occurrence. En particulier, l'accident et les circonstances concomitantes sont dénués de tout caractère particulièrement impressionnant ou particulièrement dramatique. En outre, le recourant n'a pas subi de lésion physique grave, propre, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. En ce qui concerne la durée du traitement, force est de constater, sur le vu du rapport du docteur G_____ du 17 février 2003 et du rapport du docteur C_____ déjà cité, que les troubles psychiques ont exercé une influence déterminante sur l'état de santé du recourant. Ainsi, le premier a relevé que les plaintes du patient et en particulier la faiblesse du membre supérieur gauche étaient complètement disproportionnées par rapport aux trouvailles objectives, ce qui l'amenait à conclure à une aggravation psychogène de la symptomatologie. Quant au second, il a souligné que l'importance subjective de la symptomatologie n'était pas expliquée par la lésion d'origine accidentelle et que son origine était à rechercher au niveau d'autres troubles, présents avant l'accident. Par ailleurs, aucune erreur dans le traitement médical n'a entraîné d'aggravation notable des séquelles de l'accident et aucune difficulté ni complication importante ne sont apparues au cours de la guérison. Quant à la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, elle apparaît effectivement longue, mais il s'agit de relever qu'elle n'est pas totale mais de 50 % et que la présence de ce seul critère ne permet pas d'admettre la causalité adéquate. En résumé, le caractère adéquat du lien de causalité entre l'accident du 24 mai 2002 et les troubles psychiques du recourant doit être nié, de sorte que celui-ci n'a pas droit à des prestations de l'assurance-accidents en raison de ces troubles.

d) Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que l'instruction de la cause telle que menée par la CNA ne permet pas de déterminer le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA) et à une rente d'invalidité (art. 18 LAA) en raison de l'atteinte au coude.

En ce qui concerne plus précisément le droit éventuel à une rente d'invalidité il y a lieu de relever que, selon l'art 18 al. 2 LAA, est réputé invalide celui dont la capacité de gain subit vraisemblablement une atteinte permanente ou de longue durée. Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail 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 mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. 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 ces revenus 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 (ATF 128 V 30 consid. 1).

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87, ATFA non publié du 21 novembre 2001 en la cause U 58/01 Mh).

En l'occurrence, au vu de l'incapacité de travail à 50 % comme opérateur de machine due aux affections physiques, l'intimée se devait d'établir la capacité de travail du recourant dans une autre activité adaptée. Il paraît ainsi justifié de renvoyer le dossier à celle-ci pour qu'elle entreprenne elle-même les mesures d'instruction. En effet, l'intimée n'a ni demandé aux médecins quels seraient encore les travaux exigibles de la part du recourant ni procédé à une enquête économique afin de déterminer son taux d'invalidité, ni calculé le montant d'une éventuelle atteinte à l'intégrité corporelle. Le renvoi de la cause pour qu'elle procède à une instruction complémentaire sur ces nombreux points n'apparaît pas disproportionné dans le cas particulier.

Il appartiendra dès lors à l'intimée de procéder aux mesures d'instruction afin d'établir l'éventuel droit du recourant à une rente d'invalidité en tenant compte des travaux encore exigibles de la part de ce dernier et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle selon les dispositions légales en vigueur (art. 24 al. 1 LAA, 36 al. 1 OLAA en relation avec l'annexe 3 à l'OLAA).

7. Au vu de ces éléments, le recours doit être partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimée afin qu'elle procède aux mesures d'instruction dans le sens des considérants.

**PAR CES MOTIFS,**
**LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**statuant conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable ;

**Au fond :**

2. L'admet partiellement ;

3. Annule la décision sur opposition de la SUVA du 11 décembre 2003 ;

4. Renvoie la cause à la SUVA afin qu'elle procède aux mesures d'instruction nécessaires dans le sens des considérants ;

5. Dit que la procédure est gratuite ;

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

| La greffière : | La Présidente : |
|---|---|
| Nancy BISIN | Valérie MONTANI |

La secrétaire-juriste :

Flore PRIMAULT

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe