



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2337/2003

ATAS/107/2005

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

**1^{ère} Chambre
du 16 février 2005**

En la cause

Monsieur G_____, comparant par Me Albert Louis
DUPONT-WILLEMEN, en l'étude duquel il élit domicile

recourant

contre

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS - SUVA**, sise Fluhmattstrasse 1, à Lucerne

intimée

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Karine STECK et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur G_____, ressortissant espagnol né le 15 mars 1950, travaillait pour l'entreprise X_____ SA, en qualité de couvreur depuis le 17 août 1981 et était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA).
 2. En date du 11 avril 2000, l'employeur a rempli une déclaration d'accident LAA concernant Monsieur G_____, indiquant que ce dernier avait glissé dans un chantier le 30 mars 2000 et était tombé sur le coude. Il avait consulté le Dr A_____, son médecin traitant, le 5 avril 2000 et présentait une incapacité totale de travail depuis cette date en raison d'une fissure du coude.
 3. Dans son rapport à la SUVA du 20 avril 2000, le Dr A_____ a diagnostiqué une fracture de l'olécrane et des douleurs au coude gauche. Sur un formulaire LAA reçu par la SUVA le 28 avril 2000, le Dr A_____ a indiqué que son patient allait reprendre le travail à 100% dès le 2 mai 2000 (cf. également rapport du 18 mai 2000 de ce médecin à la SUVA).
 4. En date du 29 septembre 2000, l'employeur a fait parvenir à la SUVA une déclaration d'accident LAA concernant une rechute. L'assuré avait travaillé dans l'entreprise pour la dernière fois le 25 septembre 2000.
 5. Le Dr B_____, deuxième médecin traitant, a mentionné dans un certificat médical LAA du 13 octobre 2000 qu'il constatait à l'inspection que le membre supérieur gauche était eutrophique dans son ensemble. Les amplitudes fonctionnelles étaient cependant complètes. Il n'y avait plus d'incapacité de travail.
 6. En date du 30 janvier 2001, X_____ SA a rempli une 3^{ème} déclaration d'accident LAA, mentionnant une rechute et indiquant que l'assuré avait travaillé pour la dernière fois dans l'entreprise le 19 janvier 2001.
 7. Dans un certificat du 6 février 2001, le Dr B_____ a mentionné une incapacité totale de travail depuis le 22 janvier 2001 pour une durée probable de 4 à 6 semaines en raison d'une bursite olécranienne post-traumatique à gauche.
 8. Dans un rapport du 5 mars 2001, le Dr B_____ a fait mention d'une incapacité totale de travail pour une durée indéterminée. Il y avait une reformation d'un hématome déjà ponctionné à l'ablation des fils, en cours de drainage. Le traitement en cours consistait en des antalgiques. Une deuxième ponction était éventuellement envisagée.
-

-
9. Le médecin-conseil de la SUVA, le Dr C _____, a examiné l'assuré en date du 26 mars 2001. Dans son rapport du 27 mars 2001, il a mentionné que l'assuré présentait toujours une incapacité totale de travail en raison d'une contusion du coude gauche avec fracture de l'éperon olécranien ayant évolué dans un premier temps favorablement. Le diagnostic était le suivant : status à deux mois (24 janvier 2001) d'une bursectomie olécranienne, résection d'un éperon olécranien pour fracture pseudo-arthrosée et bursite post-traumatique du coude, avec développement d'un hématome post-opératoire ponctionné à une reprise. L'état n'était pas encore stabilisé et le médecin-conseil proposait dans le cadre d'un travail lourd de couvreur une reprise dans un premier temps à 50% en évitant des chocs et des pressions au niveau du coude gauche. Le médecin traitant augmenterait la capacité de travail dans les semaines à venir en fonction de l'évolution de l'état de santé.
 10. Par courrier du 29 mars 2001, la SUVA a informé son assuré qu'une capacité de travail de 50% (toute la journée dans l'entreprise, mais avec un rendement de 50%) lui avait été reconnue dès le 2 avril 2001. Il devait donc se présenter à l'entreprise dès cette date. Son médecin traitant augmenterait la capacité de travail dans les semaines à venir. En outre, l'employeur lui confierait un travail adapté le plus possible à ses limitations fonctionnelles.
 11. En date du 19 avril 2001, l'employeur a rempli une 4^{ème} déclaration d'accident LAA à l'attention de la SUVA, mentionnant une rechute et une incapacité de travail dès le 19 avril 2001.
 12. Dans un rapport intermédiaire du 4 mai 2001, le Dr A _____ a diagnostiqué une fracture de l'olécrane gauche, ainsi qu'une douleur dans le territoire ulnaire. Son patient devait être soumis à un EMG afin de déterminer s'il devait subir une nouvelle opération. La reprise de travail n'était pas envisagée.
 13. En date du 12 juin 2001, le Dr A _____ a envoyé à la SUVA un rapport intermédiaire, mentionnant une bonne évolution et une reprise de travail complète depuis le 28 mai 2001. Le traitement en cours était terminé.
 14. En date du 25 octobre 2001, le Dr B _____ s'est adressé au médecin-conseil de la SUVA, lui transmettant un rapport du Dr D _____, neurologue, du 10 septembre 2001, selon lequel l'examen neurologique ne mettait en évidence aucun déficit significatif hormis une très discrète hypoesthésie dans le territoire du nerf cubital gauche. Ce dernier se demandait s'il n'y avait pas une lésion du tendon du sus-épineux, voire une rupture partielle de la coiffe des rotateurs. Il s'y rajouterait certainement une épicondylite externe. Par ailleurs, le Dr B _____ expliquait que son patient présentait un status à six mois après bursectomie olécranienne gauche pour bursite traumatique. Dans les suites, il avait développé une neuropathie irritative ulnaire au coude sans retentissement électro-
-

neuromiographique et avait présenté ensuite des épicondylalgies frustes ne réagissant pas au traitement classique par infiltration cortisonée ainsi que des douleurs de l'épaule fortement suspectes d'une lésion de la coiffe des rotateurs associée fort vraisemblablement à un conflit sub-acromial. Ce médecin estimait qu'il y avait lieu d'élucider le problème de l'épaule, voire de le traiter, et que, secondairement, une neurolyse ulnaire au coude pourrait être pratiquée. Il désirait connaître la position de la SUVA quant à la prise en charge de ces divers traitements.

15. Suite à ce courrier, l'assuré a été revu, en date du 21 novembre 2001 par le médecin-conseil de la SUVA. Dans son rapport du 26 novembre 2001, ce dernier a constaté que l'assuré avait récupéré une capacité totale de travail depuis le 28 mai 2001. Il a posé les diagnostics suivants : status à près de dix mois (24 janvier 2001) d'une bursectomie olécraniennne, résection d'un éperon olécranien pour fracture pseudo-arthrosée et bursite post-traumatique. Il y avait persistance de douleurs mal systématisées du membre supérieur gauche ayant nécessité des contrôles neurologiques avec EMG, ne montrant pas d'anomalie significative sur le trajet du nerf cubital. Après discussion téléphonique avec le Dr B_____, le médecin-conseil avait proposé un séjour à la Clinique romande de réadaptation afin de permettre une évaluation des capacités fonctionnelles du membre supérieur gauche, une observation du patient dans des conditions de travail comme couvreur, ainsi que de déterminer s'il existait encore des séquelles dues à l'accident.
16. Le patient a séjourné à la Clinique romande de réadaptation du 5 au 21 décembre 2001. Les diagnostics suivants ont été retenus : souris intra-articulaire coude gauche, fracture de l'olécrane gauche (30 mars 2000), status après bursectomie olécranienne et résection d'un éperon olécranien (24 janvier 2001). Le consultant orthopédique avait préconisé une arthroscopie du coude, afin d'une part d'enlever la souris intra-articulaire et d'autre part d'inspecter l'état du cartilage. L'évolution objective et subjective au niveau de l'épaule était très favorable, par contre au niveau du coude, il n'y avait pas de changement de la symptomatologie. La situation médicale n'était ainsi pas stabilisée et la capacité de travail dans la profession actuelle de maçon était de 0%, à réévaluer une fois l'arthroscopie réalisée (cf. rapport de la Clinique romande de réadaptation du 2 janvier 2002).
17. En date du 21 décembre 2001, l'employeur a rempli une 5^{ème} déclaration d'accident LAA à l'attention de la SUVA concernant une 4^{ème} rechute. L'assuré avait travaillé pour la dernière fois dans l'entreprise le 5 décembre 2001.
18. Dans un rapport intermédiaire du 6 février 2002, le Dr A_____ a diagnostiqué une fracture de l'olécrane gauche, ainsi que la présence de souris articulaires. Une opération au coude gauche pour enlever les souris était prévue. Son patient présentait une incapacité totale de travail.

-
19. Dans un rapport du 1^{er} mars 2002, le Dr A_____ a mentionné à la SUVA que le traitement en cours était terminé et que la reprise de travail serait à définir par l'assurance-invalidité. Il a précisé que son patient ne pouvait plus porter d'objets lourds avec le membre supérieur gauche ou faire des mouvements répétitifs.
 20. Dans un rapport du 6 mai 2002, le Dr E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué des séquelles d'une fracture du coude gauche ; il y avait une amélioration objective et subjective post-opératoire. Il estimait que l'assuré serait capable de travailler dans une activité sans port de charges.
 21. Dans un rapport d'examen final du 4 juin 2002, le médecin-conseil de la SUVA a diagnostiqué notamment un status après plus de trois mois et demi d'une arthroscopie du coude, résection d'une souris articulaire et ablation d'une exostose para-olécraniennne à ciel ouvert. Un traitement régulier n'était plus nécessaire. Le patient ne pouvait toutefois plus porter de charges lourdes avec le membre supérieur gauche, ni effectuer de mouvements répétitifs du coude ou être en appui sur ce dernier. Dans une activité adaptée, une capacité de travail serait possible à plein temps et à plein rendement.
 22. Par courrier du 21 juin 2002, la SUVA a informé l'assuré qu'elle verserait l'indemnité journalière jusqu'au 31 octobre 2002 sur la base d'une incapacité totale de travail. A partir de là, elle se prononcerait sur le droit à une rente d'invalidité. L'assuré avait en outre droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité qui se montait à 5'340 fr.
 23. En date du 2 juillet 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en raison d'une fracture du coude gauche et de lombalgies.
 24. Dès le 1^{er} novembre 2002, l'assuré a commencé chez son ancien employeur une activité de magasinier à 50%, taux diminué en raison de douleurs dorsales. Le 4 novembre 2002, il a présenté une incapacité totale de travail en relation avec ses problèmes de dos.
 25. Dans une attestation du 13 novembre 2002 à l'employeur, le Dr A_____ a confirmé que son patient présentait une incapacité totale de travail pour cause de maladie et non d'accident.
 26. Par décision du 27 janvier 2003, la SUVA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%, d'un montant de 5'340 fr. En outre, la SUVA a relevé que son assuré ne subissait pas de perte économique, puisque son employeur lui avait proposé un poste adapté à son état de santé. Les raisons pour lesquelles il n'avait pas continué à travailler dans ce poste n'étaient pas imputables aux suites

de l'accident. Ainsi, les conditions requises pour l'octroi d'une rente d'invalidité LAA n'étaient pas remplies.

27. Par courrier du 10 février 2003, la FTMH, assurance maladie et accidents, agence de Genève (ci-après la FTMH), a formé opposition à la décision de la SUVA du 27 janvier 2003.
28. Par courrier du 14 février 2003, l'assuré a également formé opposition à la décision du 27 janvier 2003, sollicitant un délai pour compléter son opposition.
29. Dans un courrier du 27 février 2003, l'assuré, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, a fait valoir que le poste de magasinier proposé par son ancien employeur n'était pas adapté à ses problèmes de santé puisqu'il avait dû cesser cette activité après 3 jours, en raison de douleurs du dos qu'il n'avait jamais connues auparavant. Comme il avait été placé en tant que magasinier suite à ses problèmes de coude, le lien de causalité entre son accident et son incapacité de travail était adéquat.
30. Par courrier du 27 mai 2003, la FTMH a retiré son opposition, ceci après examen du dossier et visite de l'assuré chez son médecin-conseil qui estimait celui-ci apte à travailler à 100% dans le poste de magasinier tel que décrit (tâches légères).
31. Par décision sur opposition du 5 septembre 2003, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, au motif que l'entreprise avait proposé à son employé un poste de magasinier adapté à ses limitations fonctionnelles aux mêmes conditions salariales que celles qu'il percevait en tant que couvreur. Or l'assuré n'avait exercé cette nouvelle activité que quelques heures en raison de troubles dorsaux dont l'étiologie maladie n'était nullement contestée sur le plan médical, les médecins ayant attesté d'une incapacité de travail pour cause de maladie. La SUVA n'avait pas à couvrir les incapacités consécutives à des facteurs maladifs.
32. Par courrier du 5 septembre 2003, l'assuré a fait parvenir à la SUVA l'avis du Dr A _____ qui indiquait que son patient avait arrêté l'activité de magasinier non seulement en raison de maux de dos mais également de douleurs au coude. L'arrêt de travail du 6 novembre 2002 n'était donc pas exclusivement dû à une maladie ; il s'agissait d'une incapacité mixte, maladie et accident, pour moitié moitié.
33. Par courrier du 15 septembre 2003, La SUVA a répondu à son assuré que l'attestation du Dr A _____ ne changeait rien à sa décision sur opposition du 5 septembre 2003.
34. Par courrier du 5 décembre 2003, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité LAA dès le 1^{er} novembre 2002. Il a fait valoir qu'à la suite de son accident au coude du 30 mars

2000 et à de nombreuses rechutes, il avait repris un nouveau poste de travail chez son employeur, le 1^{er} novembre 2002, en tant que magasinier à 50% en raison d'une maladie. On lui avait confié le rangement de palettes de tuiles de 10 à 20 kilos. Il était également chargé de disposer des tuyaux sur des étagères, ce qui l'obligeait à mettre démesurément à contribution son bras handicapé. Or, de telles tâches (lourdes) n'étaient pas prévues dans le cahier des charges de cette nouvelle activité et n'étaient pas adaptées à ses limitations fonctionnelles. Quant à son médecin traitant, le Dr A_____, il estimait que l'incapacité de travail totale était justifiée à 50% pour cause de maladie en raison de douleurs du dos et à 50% pour cause d'accident en raison de douleurs du coude.

35. Dans sa réponse du 20 janvier 2004, la SUVA, concluant au rejet du recours, a tout d'abord relevé que les relations entre l'assuré et l'employeur, X_____
SA, étaient particulièrement stables, puisque ce dernier y travaillait depuis le 17 août 1981, c'est pourquoi cette entreprise lui avait offert un poste adapté de magasinier. Tant le médecin d'arrondissement de la SUVA que le médecin-traitant et le médecin-conseil de la FTMH avaient jugé qu'une telle activité était tout à fait adaptée aux séquelles accidentelles et pouvait être exercée par l'assuré à plein temps et plein rendement. Enfin, le salaire de magasinier était le même que celui de couvreur versé antérieurement à l'accident. L'assuré n'avait pas occupé ce poste en raison de douleurs dorsales sans rapport avec l'accident du 30 mars 2000, ainsi que par manque de motivation. Son médecin traitant, le Dr A_____, avait rendu des rapports laconiques et contradictoires, selon lesquels tout d'abord l'incapacité était due uniquement à des problèmes de dos, puis au moment de la décision niant le droit à une rente, à 50% pour des problèmes de dos et à 50% en raison des atteintes au coude. Ce dernier rapport ne revêtait cependant aucune valeur probante, en raison des contradictions et également au regard de l'appréciation convaincante et motivée du médecin d'arrondissement de la SUVA. La SUVA a enfin rappelé qu'à l'époque de l'arrêt de travail, ni l'assuré ni son médecin-traitant n'avaient expliqué que l'activité offerte par l'entreprise n'était pas adaptée aux séquelles accidentelles du coude et ne correspondait pas à la description du poste de magasinier faite antérieurement par l'employeur. Or, dans ces cas-là, conformément à la jurisprudence fédérale, il convenait de retenir la première affirmation, qui correspondait généralement à celle que l'assuré avait faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait.
36. Dans une réplique du 19 février 2004, l'assuré a persisté dans les termes de son recours du 5 décembre 2003 et dans ses conclusions.
37. Par courrier du 11 novembre 2004, le Tribunal de céans a demandé au recourant s'il exerçait une activité de magasinier comme il l'avait mentionné dans une de ses écritures.

-
38. Par courrier du 3 décembre 2004, ce dernier a répondu qu'il n'exerçait plus aucune activité. Sur ce, la cause a été gardée à juger, le 13 décembre 2004.
 39. Le Tribunal de céans a cependant encore questionné la société X_____ SA pour connaître le salaire horaire qu'elle aurait versé à un nouvel employé ayant le profil du recourant pour le poste de magasinier.
 40. Par courrier du 21 janvier 2005, X_____ SA a répondu que le salaire horaire proposé pour un tel poste se serait élevé à 25 fr. pour 40 heures hebdomadaires, plus 8% de vacances et 8,33% de treizième salaire.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, 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).

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 Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs (art. 162 LOJ).

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).
3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1 ; 126 V 136 consid. 4b et les références). Les dispositions de la LAA seront donc citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

-
4. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGA).
 5. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité LAA.

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337). Selon la jurisprudence, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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 rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 406 consid. 4.3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références). Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2; 405 consid. 2.2; 125 V 461 consid. 5a et les références; 115 V 405 consid. 4a).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75, consid. 4b; Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou

ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

6. 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).

De jurisprudence constante, lorsque aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé des appréciations émises par les médecins de la CNA, les rapports de ces derniers ont valeur de preuve et cela, dans la mesure où la caisse n'était pas partie à la procédure au moment où ils ont été établis (ATF 104 V 209 ; ATA S. du 29 mars 1994 ; ATA G. du 9 novembre 1994),

L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4^{ème} édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^{ème} édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b ; 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi, n'existe-t-il pas en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5 let. a).

Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure extraordinaire prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, il convient de rappeler que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications

pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a et les références ; VSI 2000 p. 201 consid. 2d; ATFA non publié du 4 juin 2002 en la cause U 267/01 Kt ; à ce sujet, voir également le commentaire de Pantli/Kieser/Pribnow, paru in PJA 2000 p. 1195).

7. En l'occurrence, dans son rapport d'examen final du 4 juin 2002, le médecin-conseil de la SUVA a indiqué que dans une activité adaptée, une capacité de travail serait possible à plein temps et à plein rendement, pour autant que le patient ne doive pas porter de charges lourdes avec le membre supérieur gauche, ni effectuer de mouvements répétitifs du coude ou être en appui sur ce dernier.

Cet avis est également partagé par le Dr A_____, qui, dans son rapport du 1^{er} mars 2002, indique que le traitement est terminé et que son patient ne peut plus porter d'objets lourds avec le membre supérieur gauche ou faire des mouvements répétitifs ; selon ce médecin, la reprise de travail était à définir par l'assurance-invalidité.

Le Dr E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a quant à lui estimé que l'assuré était capable de travailler dans une activité sans port de charges (rapport du 6 mai 2002).

Suite au rapport du médecin-conseil, l'employeur de l'assuré, d'entente avec la SUVA, a aménagé un poste de travail de magasinier pour le recourant, répondant aux limitations fonctionnelles de ce dernier. Le recourant n'a cependant pas pu commencer ce travail à 100%, mais à 50% en raison d'une maladie, soit de douleurs dorsales. Il a effectué trois demi-journées de travail et a arrêté cette activité de magasinier, selon ses premières déclarations, en raison de douleurs dorsales. Ces premières déclarations ont été confirmées par le Dr A_____ qui, dans un certificat du 13 novembre 2002, a indiqué que son patient avait recommencé une activité à 50% en tant que magasinier le 1^{er} novembre 2002 et qu'il s'était présenté à son cabinet le 6 novembre, se plaignant de manière très démonstrative d'une douleur insupportable, ce qui aurait motivé un nouvel arrêt de travail à 100%, en raison de maladie et non d'accident.

Il y a également lieu de relever qu'au moment de son arrêt de travail du 6 novembre 2002, le patient n'a pas indiqué que le poste de magasinier lui causait des douleurs au coude ni que ledit poste était inadapté aux limitations fonctionnelles relevant de ses problèmes de coude.

Au vu de ce qui précède, il convient tout d'abord de constater que le rapport du Dr C_____, médecin-conseil de la SUVA, a pleine valeur probante et qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de ses conclusions, qui sont notamment corroborées par le Dr E_____ et par le médecin-conseil de la FTMH.

De surcroît, conformément à la jurisprudence du TFA, il convient de se rapporter aux premières déclarations de l'intéressé et de son médecin traitant, selon lesquelles, l'arrêt de travail de novembre 2002 n'était dû qu'à des problèmes dorsaux et non pas à une atteinte au coude.

Il y a dès lors lieu de constater que l'activité de magasinier proposée était adaptée au problème de coude du recourant. S'il n'a pu poursuivre ladite activité, c'est en raison de problèmes de dos dus à une maladie, sans lien de causalité, ni adéquate ni naturelle avec l'accident. Partant, la SUVA n'a pas à supporter l'incapacité totale de travail de l'assuré due à la maladie et il convient de retenir que ce dernier est capable de travailler, en raison des affections liées à son accident, dans une activité adaptée, mais non plus en qualité de couvreur.

8. Il convient ainsi, en raison de la capacité résiduelle de travail du recourant, de déterminer son degré d'invalidité et son éventuel droit à une rente.

Selon l'art. 18 LAA, si l'assuré devient invalide à 10 % au moins à la suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (al. 1). 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 (al. 2). A cet égard, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 76-77 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après l'ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321).

Est déterminant lors de la comparaison des revenus au sens de l'art. 18 al. 2 LAA le moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente et non celui de la décision sur opposition. L'assureur-accidents est cependant tenu, avant de se prononcer sur le droit à une prestation, d'examiner si aucune modification significative des données hypothétiques déterminantes n'est intervenue durant la période postérieure à l'ouverture du droit. Dans ce cas, il lui incombe de procéder à une nouvelle comparaison des revenus avant de rendre sa décision (ATF 128 V 174).

Aux termes de l'art. 19 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. La rente est allouée pour tout le mois au cours duquel ledit droit est né.

En vertu de l'art. 15 al. 2 LAA, seconde phrase, est déterminant pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident.

9. Selon la SUVA, le recourant ne subit aucune perte de gain, puisque son employeur lui a proposé un poste adapté à ses limitations fonctionnelles pour un salaire identique à celui qu'il gagnait en tant que couvreur.

Cependant, afin de s'assurer que le recourant ne percevait pas un salaire social dans le poste de magasinier proposé par son ancien employeur - salaire social qu'il ne conviendrait pas de prendre en considération pour la comparaison des revenus -, le Tribunal de céans a questionné la société X_____ SA. Celle-ci répondit qu'elle offrirait à un nouvel employé, ayant le profil du recourant, pour le poste de magasinier en question, un salaire horaire de 25 fr. pour 40 heures hebdomadaires de travail, plus 8% de vacances et 8,33% de treizième salaire et non un salaire horaire de 29 fr. 38 pour 40 heures hebdomadaires de travail, plus 8% de vacances et 8% de treizième salaire. Ainsi, l'employeur a bien proposé à son employé un salaire social, calqué sur l'ancien salaire de couvreur et tenant compte des 21 années de service que ce dernier a passé dans l'entreprise. Si l'on prend en compte le salaire réel correspondant au poste de magasinier, l'on constate ainsi que le recourant subit une perte de revenus.

Il convient dès lors de procéder à la comparaison des revenus avant et après invalidité, afin de déterminer le degré éventuel d'invalidité du recourant et de tenir compte du salaire - non social - que l'employeur aurait proposé pour le poste de magasinier.

Selon les déclarations de l'employeur, le gain annuel du recourant du 30 mars 1999 au 29 mars 2000 (date de l'accident : le 30 mars 2000) s'élève à 58'662 fr. Il n'y a pas lieu de s'écarter de ces données.

L'année déterminante pour la comparaison des revenus est l'année 2002. En effet, les indemnités journalières ont été versées jusqu'au 31 octobre 2002, le traitement médical étant à cette date terminé et l'état de santé stabilisé quant aux atteintes dues à l'accident. Le droit à une éventuelle rente s'ouvre ainsi dès le 1^{er} novembre 2002.

Il s'agit dès lors d'établir le salaire avant invalidité en 2002, soit de prendre le gain assuré de 58'662 fr. et de le réactualiser en 2002 (cf. La vie économique n° 11 - 2004, T1, p. 87), ce qui porte le revenu à 61'961 fr. 40.

Quant au revenu après invalidité, il convient de prendre en considération le salaire - non social - qu'aurait reçu le recourant pour un poste de magasinier en 2002, soit un salaire horaire de 25 fr. plus un treizième salaire de 8,33% pour 40 heures hebdomadaires, ce qui correspond à un salaire annuel de 56'331 fr. 60 (40 heures x

52 semaines = 2080 heures par an / 2080 x 25 fr. = 52'000 fr. / 52'000 fr. x 8,33% = 56'331 fr. 60).

En procédant à la comparaison des revenus avant et après invalidité, on aboutit à un taux d'invalidité de 9,08% $[(61'961 \text{ fr. } 40 - 56'331 \text{ fr. } 60) \times 100] : 61'961 \text{ fr. } 40 = 9,08\%$, qui n'ouvre pas droit à une rente d'invalidité LAA.

Le recours, mal fondé, doit ainsi être rejeté.

**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. Le rejette ;
3. Dit que la procédure est gratuite ;
4. 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 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 :

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

La greffière-juriste :

Frédérique GLAUSER

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