

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4317/2009

ATAS/1184/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 novembre 2011

8^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur B _____, domicilié au Petit-Lancy, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Jacques ROULET

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne

intimée

**Siégeant : Laurence CRUCHON, Présidente; Norbert HECK et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur B_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né en 1963, de nationalité suisse.
2. En septembre 2004, il a subi un accident, alors qu'il travaillait, en scooter, suite auquel il s'était trouvé en incapacité de travail pour des problèmes de dos.
3. Une IRM de la colonne lombaire a été pratiquée le 4 janvier 2005.

Le rapport établi par le Dr L_____, spécialiste FMH en radiologie, adressé le 7 janvier 2005 au Dr M_____, médecin traitant de l'assuré, indique des lombalgies post-traumatiques avec radiations dans les cuisses et fait état en conclusion, d'une discopathie modérée L5-S1 avec minime protrusion discale non compressive, aucune hernie discale, aucun canal étroit, aucune fracture n'étant mis en évidence, une ancienne maladie de SCHEUERMANN touchant les corps vertébraux L1 à L3 étant mentionnée.

4. Le 27 octobre 2007, alors qu'il circulait à vélo en compagnie de son fils, l'assuré est tombé sur son épaule droite, ce qui a provoqué une entorse acromio-claviculaire, de stade II à III, avec instabilité.
5. L'assuré était assuré par l'intermédiaire de son employeur auprès de la SUVA, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après : SUVA), contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels.
6. Il travaillait alors en tant que fonctionnaire de distribution pour X_____ suisse.
7. Après avoir reçu les premiers soins auprès des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assuré a été suivi par le Dr N_____, chirurgien orthopédique FMH, lequel lui a prescrit un traitement de physiothérapie ainsi que du Célébrex et du Dafalgan.
8. La déclaration d'accident, du 2 novembre 2007, mentionne sous la rubrique Description de l'accident : « En voulant éviter son fils à vélo, qui a freiné fort, l'assuré est tombé de son vélo sur son épaule et plus précisément sur sa clavicule. »
9. Dans son rapport médical du 21 janvier 2008, le Dr N_____ a indiqué que subsistaient encore des douleurs et que de probables lésions arthrogènes étaient à craindre.
10. Le 15 février 2008, une arthrographie et une IRM de l'épaule droite ont été effectuées.

11. Dans son rapport adressé le 18 février 2008 au Dr N_____, le Dr O_____, radiologue, a conclu que le résultat des examens pratiqués est caractéristique d'une capsulite rétractile évolutive marquée, accompagnée de remaniements osseux gléno-huméraux d'allure dystrophique. Il a constaté des séquelles d'allure post-traumatique de l'articulation acromio-claviculaire, en rapport avec les antécédents d'instabilité. Il indique avoir constaté un remaniement de tendinopathie chronique modérée de la coiffe prédominant au niveau du sus-épineux, sans argument pour une déchirure secondaire ; de plus, aucune pathologie n'a été décelée au niveau du labrum et du long biceps.
12. L'incapacité de travail persistant, la SUVA adressa l'assuré au médecin d'arrondissement, à savoir le Dr P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
13. Après avoir examiné l'assuré le 19 mars 2008, ainsi que les rapports et bilans des examens médicaux déjà pratiqués, le Dr P_____ a apprécié l'évolution de la blessure comme n'ayant pas été favorable et a confirmé qu'une capsulite rétractile s'était développée, celle-ci étant encore active.

Il a toutefois précisé que l'assuré lui avait indiqué lors de l'examen, souffrir beaucoup plus de douleurs lombaires, dont il faisait remonter le début à un accident survenu 3 ans et demi plus tôt, que de douleurs liées à son épaule. Le médecin a alors ajouté que l'évaluation du problème lombaire lui paraissait importante, une reprise de travail dans la profession de facteur n'étant pas réalisable du fait que la situation n'était pas stabilisée.

14. En date du 14 avril 2008, l'assuré a déposé une demande de rente auprès de l'assurance-invalidité.
15. Du 4 juin au 20 juin 2008, l'assuré a été hospitalisé à la Clinique Romande de Réadaptation (ci-après : CRR).
16. L'avis de sortie, établi le 16 juin 2008 par la Doctoresse Q_____ de la CCR fait mention, en tant que diagnostics, d'une capsulite rétractile de l'épaule droite, la chute à vélo du 27 octobre 2007 ayant provoqué une entorse acromio-claviculaire stade II à droite, ainsi que de rachialgies lombaires persistantes et de coccydynies non spécifiques, en lien avec un accident de scooter avec chute sur les fesses et le dos le 11 septembre 2004 et enfin, d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive.

Le traitement prescrit à la sortie est la physiothérapie, ainsi que la prise de 10 mg de Zolpidem, 0,5 mg de Rivotril, 60 mg de Cymbalta, de 90 mg de Tilur ret, de 1g de Dafalgan en réserve maximum 3 fois par jour, puis de Bécozym forte.

17. Une nouvelle IRM lombo-sacro-coccydienne, pratiquée le 19 juin 2008 par le Dr R_____, médecin adjoint du département d'imagerie diagnostique et

interventionnelle de l'Hôpital de Sion, mentionne des rachialgies lombaires persistantes et coccydiennes en lien avec une chute sur le dos du 9 novembre 2004, un signe de déshydratation discale L5-S1 et une petite fissuration postérieure de l'anulus-fibrosus, aucune hernie discale, une articulation sacro-iliaque sans particularité, aucun signe de fracture.

18. Le rapport établi le 13 juin 2008 par le Dr S_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie auprès de la CRR, mentionne que suite à l'accident de scooter de 2004, l'assuré a souffert de lombalgies, dont les effets ont été modérés par le port d'une ceinture lombaire baleinée, avec quelques adaptations mineures du poste de travail.

Suite à la chute d'octobre 2007, mention est faite pour la première fois d'une vive douleur dans le dos subie par l'assuré, la lombalgie préexistante à cet accident s'étant accentuée, puis accompagnée de coccydinies, l'évolution étant subjectivement ressentie comme défavorable.

Le Dr S_____ indique que le patient pleure à plusieurs reprises durant l'entretien, il n'indique cependant pas de limitation des mouvements fonctionnels particulière. Le diagnostic établi consiste en des rachialgies lombaires persistantes et coccydinies non spécifiques. Sous la rubrique ayant trait à l'appréciation et la proposition de traitement, figure qu'au terme de l'évaluation, il n'y a pas d'origine lésionnelle à la lombalgie persistante, la douleur coccygienne se localisant à l'apex pouvant à la limite être explicable par une bursite. Le docteur conclut qu'il n'y a pas d'atteinte lésionnelle coccygienne lombaire qui puisse justifier le maintien d'une incapacité de travail.

19. Le rapport établi le 19 juin 2008 par la Doctoresse T_____, cheffe de clinique du service de psychosomatique de la CRR, fait mention d'une souffrance psychique liée à la persistance de la douleur et de l'incapacité fonctionnelle, le patient pleurant au cours de l'entretien, en évoquant ses différents problèmes de santé et la persistance des douleurs.

Le diagnostic posé est un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22). Du point de vue psychique, le patient présente des modifications du comportement et de l'humeur, marquées par une baisse de moral, des troubles du sommeil, de la nervosité et une perte de plaisir. Outre un traitement de maintien du Cymbalta et de Rivotril, ainsi que l'introduction de Stilnox, la Doctoresse T_____ propose un suivi psychothérapeutique, en ambulatoire.

20. Le Dr U_____, médecin chef du Département de chirurgie orthopédique de l'Hôpital de Sion, ayant vu en consultation l'assuré le 19 juin 2008, indique dans son rapport du lendemain que le patient présente des séquelles d'un traumatisme de la ceinture scapulaire droite sous forme de capsulite rétractile, qu'au vu du contexte, il n'y a aucune indication à proposer un geste chirurgical et que selon son

expérience, la physiothérapie n'est pas très utile. En revanche ce médecin préconise d'encourager le patient à une auto-rééducation, surtout en piscine.

21. Le rapport établi le 22 juin 2008 par Monsieur C_____, physiothérapeute diplômé auprès de la CRR, propose la poursuite ambulatoire de soins physiothérapeutiques, à visée de mobilisation de l'épaule droite, de tonification abdomino-lombaire et de tonification des muscles de l'épaule droite. Il indique que se sont avérées efficaces les techniques de mobilisation active de l'épaule droite et du rachis, la tonification avec théra-band, ainsi que le gainage abdomino-lombaire.

Les capacités fonctionnelles observées par le physiothérapeute et l'indépendance du patient pour les activités réalisées dans la clinique, tels que déplacements, repas, et autres activités quotidiennes, ainsi que le rythme avec lequel ces activités étaient réalisées étaient ralenties. Il indique que le patient a l'air très déprimé et triste, ce dernier ayant déclaré ne voir aucune amélioration au niveau de ses douleurs lombaires, alors que ses douleurs et le manque de mobilité de son épaule droite ne le dérangent que beaucoup moins. Le fait de ne plus pouvoir effectuer d'activité avec son fils, tels que marche, vélo et piscine lui pèse beaucoup sur le moral.

Il se plaint de douleurs au niveau du moignon de l'épaule droite, pouvant irradier jusqu'au biceps droit, ainsi que de douleurs lombaires variables, avec des points douloureux sur le coccyx et para vertébrales gauches.

22. En date du 8 juillet 2008, le Dr. S_____ a revu l'assuré suite à son hospitalisation à la CRR.

Il lui a donné les résultats de l'IRM lombaire et de sacro-iliaque, lui expliquant que la discrète discopathie dégénérative L5-S1 était banale et qu'elle n'expliquait pas ses plaintes. Les données cliniques liées à l'IRM n'avaient mis en évidence aucune atteinte pouvant justifier la poursuite des investigations ou une opération. Le patient s'est montré désespéré face à l'absence d'explication lésionnelle à son trouble. Il est revenu sur sa souffrance intense, sur sa conviction que les douleurs avaient une origine lésionnelle et que d'autres investigations devaient être faites. Le Dr S_____ lui a répété que l'absence d'atteinte neurologique périphérique à l'examen clinique ainsi que l'absence de compression nerveuse sur l'IRM, ne justifiaient pas de nouvel examen. En conclusion, le Dr S_____ indique que l'intensité de la souffrance rapportée par le patient ne peut pas s'expliquer par la discrète discopathie dégénérative L5-S1, qu'il ne propose pas la poursuite des investigations rachidiennes, l'IRM ayant exclu un rhumatisme inflammatoire, une affection tumorale, infectieuse ou discale significative.

23. Le rapport médical global établi le 19 août 2008 par le Dr S_____ et la Doctoresse Q_____ conclut à une incapacité de travail justifiée s'agissant de la capsule rétractile, dans la mesure où la situation n'est pas stabilisée, la mobilité pouvant encore progresser dans les mois à venir. Concernant les rachialgies, il n'y a

pas d'atteinte lésionnelle qui puisse être identifiée et qui puisse justifier une incapacité de travail. L'intensité élevée de la douleur et du handicap en rapport avec les rachialgies, la comorbidité psychiatrique et le fait que le patient ne se voit pas reprendre une activité professionnelle, laissent penser aux médecins précités que la réintégration professionnelle sera difficile.

Le rapport souligne que l'évaluation n'a mis en évidence aucune origine lésionnelle traumatique aux lombalgies dont souffre l'assuré, étant précisé que le rapport reprend notamment les constatations effectuées par les différents professionnels consultés auprès de la CRR par l'assuré.

24. En date du 14 octobre 2008, le responsable de gestion santé Lausanne de X_____ suisse, Monsieur D_____, a indiqué au responsable de la SUVA que pour une courte période, il serait envisageable d'occuper Monsieur B_____ dans des tâches de contrôle de qualité, des tâches administratives tels que des changements d'adresse, de façon à ce qu'il reprenne contact avec le monde du travail. Cependant, compte tenu des restrictions médicales, La X_____ ne peut pas lui proposer un emploi de ce type à long terme.
25. Monsieur E_____, inspecteur-accidents auprès de la SUVA Genève, a établi un rapport le 10 octobre 2008, dans lequel il reprend les constatations effectuées le même jour au domicile de l'assuré. Ce dernier lui a indiqué continuer de souffrir d'importantes douleurs au bras et à l'épaule droite, n'arrivant pas à lever le membre supérieur droit au-delà de l'horizontal. Son sommeil est rendu difficile à cause de ses douleurs. Il ressent aussi des douleurs importantes au dos, dans la région lombaire, sous forme de lancées. Il porte une ceinture dorsale et prend régulièrement des médicaments (Célébrex, Cymbalta, Rivotrix, Dafalgan). Il suit des séances de physiothérapie à raison de deux fois par semaine, tant pour le dos que pour l'épaule droite. L'incapacité de travail demeure totale et indéterminée. Une visite est prévue le 13 octobre 2008 auprès de la consultation de la douleur des HUG, le 3 novembre 2008 chez le Dr N_____ et le 26 novembre 2008 chez le Dr M_____.

L'assuré estimant n'être pas en mesure de reprendre une quelconque activité professionnelle, même légère et/ou à temps partiel, Monsieur F_____, qui s'était occupé initialement du dossier chez X_____, a indiqué qu'il n'existerait pas de poste adapté pouvant convenir à l'accidenté, ce qui était confirmé par Monsieur D_____.

26. En date du 5 février 2008, le Dr. M_____ a établi un certificat médical, indiquant suivre l'assuré en tant que médecin traitant depuis son accident du 27 octobre 2007. Il y indique que suite à des douleurs chroniques invalidantes dues à l'accident, son patient a développé un syndrome algique post-traumatique et un état dépressif. Le traitement par Cymbalta et un éventuel traitement de soutien

psychologique entrent dans le contexte d'un traitement lié à son accident, du point de vue médical. Il appuie donc la demande de l'assuré pour une prise en charge psychologique et médicamenteuse par l'assurance accident, un nouvel entretien avec le médecin conseil étant souhaitable.

27. En date du 27 février 2009, Monsieur B _____ s'est adressé à la SUVA pour solliciter la prise en charge de factures concernant le Cymbalta et la radiographie du dos.

Il indique avoir souffert de lombalgies trois ou quatre jours après son accident du mois d'octobre 2007, ses douleurs n'ayant pas été prises en considération de manière suffisante par le Dr N _____. Il avait été ensuite orienté par sa physiothérapeute et son gestionnaire auprès de l'assurance-invalidité chez un autre médecin, en ce qui concernait son dos. Il s'était ainsi rendu chez le Dr M _____ qui l'avait envoyé faire une radiographie du dos.

28. Le 19 décembre 2008, la Doctoresse V _____, responsable du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, a adressé un rapport au Dr M _____, indiquant avoir revu l'assuré le 16 décembre 2008. Un traitement de tens, placé pendant une heure et demi au niveau lombaire, avait permis de masquer partiellement les douleurs au moment de la pose, celles-ci s'étant nettement aggravées dès l'arrêt du traitement, obligeant l'assuré à tout stopper. La prise de Gabapentine (Neurontin 2 x 300 m/g) permettait une diminution de la sensation de brûlure, le bénéfice ne permettant pas au patient d'augmenter son activité quotidienne, ni d'améliorer son sommeil. La Doctoresse V _____ indiquait être frappée par l'état dépressif important présenté par l'assuré avec une diminution très nette du plaisir de toute activité, des troubles du sommeil, une perte d'énergie avec une fatigue intense et un retrait social. Elle indiquait penser qu'un suivi psychiatrique et un antidépresseur se justifiaient.

29. Dans son certificat médical du 10 mars 2009, le Dr M _____ demandait à la SUVA une réponse à son précédent certificat médical du 5 février 2009, indiquant que son patient était en attente d'une réponse pour entreprendre un suivi psychiatrique, qu'il appuyait.

Au surplus, le Dr M _____ reprenait le contenu de son précédent certificat médical.

30. Le 30 avril 2009, l'assuré a été convoqué auprès du médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr D. P _____.

31. Après consultation du 30 avril 2009, dans son rapport du même jour, le Dr D. P _____ indique qu'il considère la situation comme stabilisée s'agissant de l'épaule droite, une discrète progression de la mobilité ayant été constatée depuis une année. Une autre amélioration discrète pouvant encore se produire, elle ne

changerait cependant pas grand-chose à l'appréciation du cas d'un point de vue de la médecine des assurances. La réduction assez importante de la mobilité de l'épaule droite, associée à une symptomatologie douloureuse modérée, en l'absence de sollicitation importante, faisait dire au Dr P_____ que la profession de facteur ne pouvait plus être reprise.

D'autres activités difficiles ou impossibles étaient les mouvements de force du membre supérieur droit, ainsi que des activités demandant une mobilisation de l'épaule dépassant l'horizontal ou une rotation externe de 30° à 40°, surtout si ces activités étaient répétitives. Dans un travail adapté, compte tenu des limitations précitées, l'assuré pourrait travailler avec un horaire complet. Un dommage permanent existait. Cette évaluation ne concernait que la situation visible au niveau de l'épaule droite.

Selon le médecin, pour ce qui concernait l'appréciation du problème dorso-lombalgique, l'évaluation de la CRR contenait tous les éléments nécessaires à une décision.

Dans la mesure où il existait une composante psychique dans ce cas, l'administration devrait procéder à l'évaluation habituelle par rapport à ce problème.

32. Par courrier du 8 mai 2009, la SUVA répondait au courrier reçu de l'assuré, daté du 25 février 2009, lui indiquant que sur la base des pièces versées au dossier, seuls les troubles situés au niveau de l'épaule droite pouvaient être mis en relation avec l'accident dont il avait été victime le 27 octobre 2007. Dès lors, les factures qu'il avait fait parvenir à la SUVA lui étaient retournées.
33. Par courrier adressé à l'assuré le même jour, la SUVA lui indiquait que suite à l'examen subi récemment, ce dernier n'avait plus besoin de traitement pour les seules suites de l'accident du 27 octobre 2007, de sorte qu'il était mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 juin 2009 au soir.

Une décision de rente invalidité lui serait notifiée par la suite, ainsi qu'une décision relative à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle il avait droit également.

34. En date du 13 mai 2009, l'assuré a écrit à la SUVA, indiquant ne pas comprendre pourquoi seule son épaule droite était prise en considération comme conséquence de son accident. Il revenait sur le fait qu'il avait souffert de douleurs du dos apparues trois ou quatre jours après son accident d'octobre 2007, dont il avait à chaque fois fait référence au Dr N_____. Il joignait à son courrier, différentes correspondances adressées au Dr S_____, dans lesquelles il faisait état de son incompréhension quant aux rapports médicaux établis par la CRR.

L'assuré produit également diverses pièces, attestant de plusieurs affections médicales dont souffre son fils, faisant encore état du fait que sa femme a dû être hospitalisée un certain temps en psychiatrie.

35. Dans le rapport établi le 18 mai 2009, sur demande de la SUVA, X_____ a indiqué que le dernier gain réalisé par l'assuré s'élevait à 75'652 fr. 50.
36. Par décision du 31 août 2009, la SUVA a accordé une rente d'invalidité, sur la base d'une capacité de gain diminuée de 23 %, à compter du 1^{er} juillet 2009. En effet, sur la base d'une recherche aux formes à la description des postes de travail considérés pour l'assuré, en ce qui concernait les seules séquelles de l'accident du 27 octobre 2007, il lui était encore possible d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie qui lui permettrait de réaliser un salaire annuel de l'ordre de Fr. 57'270.

Outre les séquelles organiques de l'accident, des troubles psychogènes réduisaient également sa capacité de gains, lesquels ne pouvait cependant pas être mis en relation de causalité adéquate avec l'accident.

Par ailleurs, une indemnité à l'atteinte à l'intégrité était également accordée à l'assuré, sur la base d'une atteinte de 10 %, compte tenu de l'appréciation médicale, correspondant à l'octroi d'une somme de Fr. 10'680.

37. Par décision du 25 septembre 2009, l'OAI a accordé une rente d'invalidité à l'assuré, basée sur un degré d'invalidité de 100 %, à compter du 27 octobre 2008 (fin du délai d'attente d'un an).

La décision rendue par le service compétent mentionne qu'en date du 30 avril 2009, l'assuré avait récupéré sa capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (membre supérieur droit : pas de levée de charge de plus de 5 kg ; pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule droit au-delà de l'horizontal ; pas de rotation externe de l'épaule droite répétitive à plus de 30° à 40°). Cependant, du point de vue psychiatrique, il n'était pas raisonnablement exigible que l'assuré mette à profit une quelconque capacité résiduelle de travail, depuis le mois de janvier 2008. En conclusion, une incapacité de travail totale était retenue dès le 27 octobre 2007 dans toute activité confondue.

38. Le rapport de radiographie de la colonne sacro-coccygienne de face et de profil effectuée le 7 mai 2008 par le Dr W_____, spécialiste FMH en radiologie, indique des douleurs persistantes, voire aggravées après la chute d'octobre 2007. Selon la description mentionnée dans le rapport établi par le médecin précité le 13 mai 2008, les corps vertébraux sacro coccygiens sont de hauteur conservée, harmonieusement alignés. Il n'y a pas de fracture évidente visible.

39. En date du 1^{er} octobre 2009, l'assuré a fait opposition à la décision du 31 août 2009.

Il a contesté le taux d'invalidité retenu pour la rente accident de 23 %, sur la seule base des troubles acromio-claviculaires, soutenant que le raisonnement de la SUVA méconnaissait les troubles dorso-lombaires, largement aggravés depuis l'accident d'octobre 2007, comme son trouble dépressif mixte réactionnel. Il a soutenu que la notion d'invalidité était globale en matière d'assurances sociales, de sorte qu'elle ne saurait se définir qu'en fonction de toutes les atteintes ayant des répercussions sur sa capacité de gains. Passant en revue les différents rapports médicaux établis au fur et à mesure des investigations, l'assuré a abouti à la conclusion que l'ensemble des praticiens consultés confirmaient que les lombalgies et coccydynies chroniques étaient directement réactionnelles à l'accident d'octobre 2007. Il en était de même s'agissant du trouble dépressif mixte apparu après ledit accident. Dès lors qu'il n'était tout bonnement plus en mesure de reprendre une quelconque activité professionnelle, même dans une fonction adaptée à ses limitations fonctionnelles, son incapacité de travail et de gains pleine et entière devait être constatée.

S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'assuré contestait le taux retenu soutenant que l'atteinte globale, à savoir non seulement son atteinte physique mais également le dommage à son intégrité psychique devait être reconnu, de sorte que l'indemnité devait se baser sur un taux de 60 % au moins.

Il concluait dès lors à l'octroi d'une rente invalidité de 100 % et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 64'080 fr., correspondant à 60 % de son gain assuré.

40. Le 30 septembre 2009, le Dr M_____ a établi un nouveau rapport médical, certifiant que l'assuré était inapte au travail à 100 %. En théorie, un travail léger lui autorisant les changements de position à loisir et la possibilité de prendre des pauses à loisir serait envisageable de deux à trois heures par jour, étant précisé qu'un tel travail n'existait pas.

Le médecin indiquait que selon ses notes, cette invalidité existait depuis le 27 octobre 2007, la souffrance de son patient étant chronique. Le traitement consistait uniquement à le soulager afin qu'il puisse dormir et faire ses activités quotidiennes vitales, telles que se nourrir, se laver et accompagner son fils. Le médecin indiquait penser qu'on ne pouvait envisager une amélioration significative des symptômes à long terme.

41. Par décision sur opposition du 28 octobre 2009, la SUVA a maintenu ses précédentes conclusions, rappelant essentiellement que la problématique devait être appréhendée sous l'angle médical. Or, sur le plan organique, il émanait du dossier que l'assuré se plaignait, en dehors de ses troubles de l'épaule droite, également de dorso-lombalgies, ressenties comme très handicapantes. C'est ainsi qu'au vu des plaintes du patient, le Dr P_____ avait, dans son appréciation médicale du 9

mars 2008, estimé qu'une évaluation du problème lombaire était importante. Dès lors, lors du séjour de l'assuré à la CRR, les médecins avaient procédé à un examen IRM lombaire et sacro-iliaque le 9 juin 2008. Or, cet examen n'avait montré aucune lésion traumatique, discale, articulaire ou musculo-ligamentaire ; la seule anomalie mise en évidence étant une discopathie dégénérative L5-S1, respectivement une petite image de déchirure de l'anneau postérieur du disque L5-S1, mise en relation avec la discopathie dégénérative. Au vu de ces résultats, les Dr S _____ et Q _____ avaient retenu, d'une part que la discopathie dégénérative ne pouvait pas expliquer les plaintes du patient dans leur intégralité et, d'autre part qu'il n'y avait pas en l'état d'indication à effectuer d'autres investigations vertébrales ou électroneuromiogrammes des membres inférieurs. Pour finir, les médecins avaient précisé qu'il n'y avait pas d'atteinte lésionnelle pouvant être identifiée, ni justifiant une incapacité de travail. Aucune appréciation contraire sur le plan médical n'ayant pu être apportée de manière déterminante, il ne pouvait être revenu sur l'appréciation des médecins précités. Au demeurant, le principe « post hoc, ergo propter hoc » invoqué explicitement par l'assuré, ne saurait être considéré comme un moyen de preuve et ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle ou le degré de vraisemblance prépondérante exigé en matière d'accident entre les douleurs lombaires et coccygiennes ressenties par le patient et l'accident du mois d'octobre 2007.

S'agissant de l'atteinte à la sphère psychique, particulièrement le trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22), il ne pouvait être mis en relation de causalité adéquate avec l'accident du 27 octobre 2007, la question de la causalité naturelle étant laissée de côté. En effet, les sinistres assurés, à savoir les accidents du 9 novembre 2004 et celui du 27 octobre 2007, à classer dans la catégorie des accidents légers pour le premier et dans la catégorie moyenne à la limite des accidents légers pour le second, ne pouvaient avoir eu une influence déterminante dans l'apparition ou le développement de la composante psychique affectant l'assuré. Particulièrement, l'existence de circonstances concomitantes et particulièrement dramatiques devait être niée. Ces sinistres n'avaient, sur le plan objectif, pas revêtu de caractère particulièrement impressionnant. Le seul critère mis en évidence par la jurisprudence et méritant quelque attention, à savoir celui des douleurs physiques persistantes, ne pouvait à lui seul revêtir une intensité suffisante propre à faire admettre l'existence d'un rapport de causalité adéquate.

Dès lors, il n'était pas possible de prendre en considération les douleurs lombaires et psychiques subies par l'assuré pour calculer la rente invalidité.

S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il y avait lieu d'examiner le gain que l'assuré pouvait encore réaliser en exerçant une activité en tenant compte de son invalidité, puis de le comparer avec celui qu'il aurait pu réaliser sans handicap. L'évaluation de l'atteinte avait dès lors été examinée de manière conforme par la SUVA, en tenant compte des seules séquelles accidentelles

causales engageant sa responsabilité, sur la base des possibilités de gain existant sur l'ensemble du marché du travail équilibré entrant en considération pour l'assuré.

Dès lors, il n'était pas possible de revenir sur l'appréciation effectuée dans la décision du 31 août 2009, étant rappelé qu'entraîtrait seule en considération l'atteinte à l'intégrité concernant les séquelles de l'accident du 27 octobre 2007, à savoir excluant les problèmes de douleurs lombaires et coccygiennes, ainsi que les troubles psychiques.

La SUVA confirmait ainsi sa décision du 31 août 2009.

42. En date du 30 novembre 2009, l'assuré a formé recours contre la décision sur opposition du 28 octobre 2009, reprenant essentiellement les arguments développés dans son opposition du 1^{er} octobre 2009.

Il a conclu préalablement à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée pour évaluer la gravité de l'atteinte, à ce qu'une comparution personnelle soit ordonnée, ainsi qu'une expertise médicale et principalement, à l'annulation de la décision sur opposition du 28 octobre 2009, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 60 % et à ce que le montant de cette dernière soit fixé à 64'080 fr., enfin, à l'allocation d'une indemnité équitable à titre de dépens.

43. En date du 13 janvier 2010, le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a établi un rapport complémentaire sollicité par la SUVA, de manière à évaluer la gravité de l'atteinte subie par le recourant.

Ce rapport fait état de la capsulite rétractile de l'épaule droite, apparue suite l'accident du 27 octobre 2007. Il confirme le diagnostic posé, à l'examen des différents rapports médicaux établis, de même que l'évolution de cette affection, soulignant qu'un résultat fonctionnel plus réconfortant que celui qui avait été constaté en avril 2009 par le Dr P_____, pouvait être considéré. En conséquence, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité aurait pu être revue à la baisse et l'exigibilité de travail définie de manière moins restrictive.

Le Dr A_____ examine ensuite les différentes descriptions de postes de travail recherchés par la SUVA, afin d'en vérifier la compatibilité avec la situation médicale présentée par l'assuré. Il conclut qu'en considération des limitations fonctionnelles de l'épaule droite observées par le Dr P_____ le 30 avril 2009, les 5 postes de travail qui ont été pris en compte pour le calcul de la rente, entraient parfaitement en considération.

Le Dr A_____ examine ensuite la question de la rupture ou fissure de l'anneau fibreux, décelée lors d'un examen de résonance magnétique de la colonne lombaire, dans la mesure où le recourant avait exprimé sa conviction que cette

lésion était de caractère traumatique, alors que le Dr S _____ avait quant à lui considéré qu'elle n'avait aucune traduction clinique.

Après rappel de différentes études relatives à ce type de diagnostic, et rappelant qu'il avait été observé à maintes reprises chez des sujets volontaires asymptomatiques, le Dr A _____ précise que le terme de rupture ou de fissure de l'anneau fibreux pourrait suggérer que sa cause était accidentelle, alors que cette interprétation est erronée. Aucune étiologie traumatique ne saurait en effet être apportée à cette anomalie. Aussi, lorsque le Dr S _____ avait conclu que les anomalies décelées lors de l'examen IRM pratiqué sur le recourant, soit la discopathie débutante associée à une petite fissuration de l'anneau fibreux au niveau des segments L5/S1, ne pouvaient être tenues comme responsables des rachialgies exprimées par le patient, cet avis était tout à fait pertinent.

44. Dans sa réponse du 26 janvier 2010, la SUVA fait état du rapport précité et persiste à soutenir que seuls les troubles de l'épaule engageaient sa responsabilité. Reprenant les calculs effectués, l'intimée conclut que le taux de la rente a été correctement calculé et que, s'agissant du taux de l'indemnité pour l'intégrité, aucune critique ne remet en cause son appréciation.

La SUVA conclut ainsi au rejet du recours.

45. En date du 16 septembre 2010, une audience de comparution personnelle des parties a eu lieu.

A cette occasion, le recourant a confirmé avoir subi un premier accident en novembre 2004, à la suite duquel il avait pu reprendre son activité professionnelle tout en portant une ceinture abdominale. Après des traitements suite à cet accident, dont des injections de cortisone, il n'avait plus eu besoin d'aucun traitement. Il ressentait toutefois l'après-midi des douleurs qui l'obligeaient à s'arrêter pour de courtes pauses.

Suite à son deuxième accident, lorsqu'il était allé consulter le service des urgences des HUG, il avait répondu par la négative lorsqu'on lui avait demandé s'il avait d'autres douleurs que celles qu'il ressentait à l'épaule et qui étaient extrêmement vives. Ce n'était que trois à quatre jours plus tard qu'il avait commencé à ressentir des douleurs au niveau des lombaires, de manière plus importante qu'avant l'accident et des douleurs nouvelles au niveau du coccyx. Il avait alors mis cela en lien avec le nouvel accident.

Petit à petit, la situation s'était dégradée, à tel point qu'à l'heure actuelle, il ne pouvait dormir que s'il était couché du côté gauche. La position assise était la plus pénible. Il ressentait notamment de vives douleurs au niveau du coccyx lorsqu'il marchait, mais également sur la cuisse gauche et au bout du pied droit, à tout moment. Il se réveillait durant la nuit du fait de douleurs entre les omoplates et au

pied droit et devait prendre, chaque soir, pour pouvoir s'endormir du Rivotril. Il devait se reposer pendant la journée car toutes ces douleurs le fatiguaient et atteignaient son moral, de sorte qu'il perdait toute son énergie. Il prenait également des bains chauds qui le soulageaient. Le matin et le soir, il prenait du Nurotin. Il avait également pris du Cymbalta, ainsi qu'un autre médicament dont il ne se souvenait plus du nom, ayant dû les arrêter car ils lui donnaient des maux de tête et engendraient d'importants troubles de mémoire. Il avait tenté de prendre du Tramal et d'autres dérivés de la morphine, sans avoir pu supporter ces médicaments.

Son état psychologique était très affecté en raison du fait qu'il avait dû arrêter toutes ses activités sportives et qu'il était même entravé dans ses activités quotidiennes ordinaires, à savoir dans son sommeil, lorsqu'il prenait ses repas en famille etc. Ce qui le maintenait en vie c'était son fils de 10 ans. Au niveau physique, différents traitements lui avaient été proposés, notamment à la Clinique de réadaptation. Il avait fréquenté les bains de Cressy, les jets ne lui ayant pas convenu. Un autre traitement lui avait été proposé au centre de consultation de la douleur aux HUG, à savoir de la stimulation électrique de la musculature, sans avoir été concluant. Aucune intervention chirurgicale n'avait été préconisée comme solution thérapeutique, selon les différents médecins consultés. Au niveau psychologique, il avait consulté un psychologue à la CRR. Un suivi thérapeutique lui avait été proposé. Il avait également consulté le Dr M_____ qui lui avait prescrit du Cymbalta. Toutefois, il considérait qu'une thérapie par suivi psychologique ne serait pas utile pour lutter contre ses douleurs. Du fait de son expérience en sport de compétition, il avait toujours été un battant.

Ce qui était le plus pénible pour lui était de n'avoir plus de goût à rien. Les douleurs chroniques dominaient son existence. Il avait pratiqué la sophrologie et la méditation, avant les accidents. Du fait des importantes douleurs et restrictions dans les positions corporelles qu'il pouvait utiliser, comme de l'impossibilité de se concentrer, il n'avait plus pu pratiquer de sophrologie, ni de méditation.

Avant l'accident de 2007, il pouvait pratiquer ses sports habituels, se déplacer à pied sans problème et ne souffrait d'aucun problème moral. Il souffrait parfois de problème de rétention de selles qui l'obligeait de se rendre aux toilettes. Il avait également des douleurs et récemment des saignements lorsqu'il allait à selles, du fait de la très grande tension ressentie au niveau du coccyx, problème qu'il ne connaissait pas avant l'accident de 2007.

46. Par la suite, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le

Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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 moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1,1 ; 335 consid. 1.2 ; ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; ATF 127 V 467 consid. 1 ; 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37, page 316, consid. 3b).

En l'espèce, tous les faits déterminants se sont produits après l'entrée en vigueur de la LPGA au 1^{er} janvier 2003.

Conformément à l'art. 60 LPG, le recours doit être déposé dans les 30 jours suivant la notification de la décision sujette à recours.

Respectant par ailleurs les autres conditions de recevabilité, le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 et ss LPGA).

3. Le recourant conteste la décision litigieuse tant sur la question de son droit à la rente, qui a été limité à 23 % par l'intimée, que sur la question du montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), correspondant à un taux de 10 %.
4. a. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Cette définition de l'accident étant semblable à celle qui figurait avant l'entrée en vigueur de la LPGA à l'art. 9 al. 1 de l'Ordonnance sur l'assurance accident du 20 décembre 1982 (OLAA), la jurisprudence rendue sous l'ancien droit demeure pertinente.

L'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident ((art. 8 LPGA ; art. 18 al. 1 LAA).

Le droit à une rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

b. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable à 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 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.

Si l'on peut admettre que l'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 de l'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine, RAMA 1992 n°U142, page 75, consid. 4b).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur les 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. Le juge doit ainsi, le cas échéant, retenir les événements de fait allégués ou envisageables qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 350 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; ATF 130 III 324 consid. 3.2. et 3.3.). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1., 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

c. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, fondant la détermination du juge dans le cadre de l'examen du lien de causalité naturelle, 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. Enfin, le médecin s'abstiendra de se prononcer en droit (ATF 125 V 352 consid. 3a ; 122 V 160 consid. 1c et les références). Par ailleurs, en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

En outre, toujours selon la jurisprudence, le fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par des relations de service ne permet pas pour ce seul motif de conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité de sa part. Il faut qu'il existe des circonstances particulières qui justifient objectivement la méfiance de l'assuré pour ce qui est de l'impartialité de l'appréciation. Ainsi, l'administration et le juge des assurances sociales peuvent, sous certaines réserves, se prononcer sur la base d'expertises réalisées par des médecins liés à l'institution d'assurance (ATF 122 V 157).

d. Il importe encore de préciser qu'ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, assurance militaire et d'assurance-invalidité. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi (art. 8 al. 1 LPGA). En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance accident, assurance militaire et assurance invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et d'une manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas.

Si l'évaluation de l'invalidité par l'un de ses assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre, une appréciation divergente peut intervenir qu'à titre exceptionnel s'il existe des motifs suffisants (ATF 126 V 288 consid. 2d ; ATF 199 V 474 consid. 4a ; voir aussi RAMA 2000 n°U406 pages 402 et ss consid. 3, 2001 n°U410, pages 73 et ss consid. 3).

5. a. Il n'est pas contesté que l'événement du 27 octobre 2007 réponde à la définition de l'accident au sens de la LAA.

b. En l'occurrence, le taux d'invalidité du recourant a été fixé à 100 % dès le 27 octobre 2008 pour la rente de l'assurance invalidité par l'Office AI du canton de Genève, dans sa décision du 27 septembre 2009. Les causes mentionnées étaient les causes psychiques ne permettant plus au recourant d'exercer une quelconque activité professionnelle et non pas ses problèmes physiques, dont les conséquences ont été arrêtées au 30 avril 2009.

Si, en soi, la définition de l'invalidité n'est pas à différencier selon que l'on se trouve en matière d'assurance invalidité ou d'assurance accident, sauf justification particulière, il n'en demeure pas moins que les conditions légales permettant l'octroi d'une rente pour les deux assurances sont différentes. Dans le cas spécifique de la rente invalidité, peu importe l'origine de ladite invalidité. Or, pour l'octroi d'une rente de l'assurance accident, il doit s'agir de séquelles directement liées, en rapport de causalité naturelle et adéquate, avec un accident. Le fait que la personne considérée comme invalide puisse subir cette invalidité en raison de différentes origines, accidentelles et/ou malades, a ainsi une portée toute autre, que l'on se place dans le cadre d'un examen de droit à une rente invalidité pure ou d'une rente d'invalidité de l'assurance accident.

Force est ainsi de constater que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité ne peut lier l'intimée en l'espèce, dans la mesure où des causes ne résultant pas de l'accident du 27 octobre 2007 ont été prises en considération, tout particulièrement les troubles de l'adaptation diagnostiqués (F43.22).

L'intimée était donc tenue de faire une appréciation divergente de celle de l'assurance-invalidité afin de ne prendre en compte que les suites de l'accident du 27 octobre 2007.

6. S'agissant de l'examen du lien de causalité naturelle, il y a lieu de tenir compte du fait que le recourant souffre d'affections sur les plans physique (a) et psychique (b).

a. S'agissant des atteintes physiques, différents examens ont été pratiqués par les divers intervenants, au fur et à mesure de l'instruction du dossier.

Des investigations particulières ont été préconisées, notamment par le Dr P_____, médecin-conseil de l'intimée, quant au problème des douleurs sacro-lombaires qui sont apparues prépondérantes aux douleurs causées par le problème de l'épaule droite. Aucune indication médicale n'a pu être posée de manière à en expliquer l'origine, laquelle a en tous cas été établie comme n'étant pas lésionnelle.

Il n'a pas non plus été indiqué, par aucun des médecins intervenus, qu'il se soit agi d'une rechute, en lien avec le premier accident de 2004, aucune constatation médicale n'ayant pu être apportée à ce sujet.

Dès lors, l'intimée ne pouvait faire autrement que de retenir les seules séquelles physiques de l'épaule comme invalidantes, en lien avec l'accident du 27 octobre 2007.

Quand bien même le recourant a contesté les conclusions prises par l'intimée s'agissant de l'évaluation de son degré d'invalidité, considérant qu'on ne pouvait faire abstraction des douleurs sacro-lombaires dont il souffre et qui ont péjoré sa qualité de vie, de manière extrêmement importante, selon lui, il n'a pu faire état d'aucune constatation médicale permettant de faire le lien entre ses douleurs et une explication somatique.

Le fait qu'elles soient apparues postérieurement au deuxième accident, du mois d'octobre 2007, n'est certainement pas de nature à rendre vraisemblable le lien entre ce genre de douleurs et une chute sur l'épaule droite, de sorte que si une seule possibilité existe quant au fait qu'elles aient pu survenir du fait de l'accident d'octobre 2007, il n'y a en tout cas pas lieu de considérer que cela constitue une probabilité, suffisante, comme cela est voulu par la jurisprudence pour tenir compte de l'existence d'un lien de causalité naturelle.

L'avis du Dr A_____ du 13 janvier 2010, largement documenté sur le plan médical, n'a pas été contesté. Or, cet avis présente l'avantage de donner une explication précise quant à l'éventuelle incidence de la fissuration de l'anneau fibreux, permettant d'établir qu'aucun lien n'a pu être mis en évidence par la doctrine médicale et les recherches, s'agissant d'une symptomatologie douloureuse lorsqu'un tel diagnostic est posé, pas plus que de l'existence d'une étiologie traumatique quant à l'origine de ce diagnostic.

La seule constatation chronologique, retenue par le Dr M_____, dans ses rapports médicaux, faisant état du lien qui selon lui est à établir entre les douleurs dorso-lombaires et l'accident du mois d'octobre 2007, apparaît peu convaincante. Elle n'est en tout cas pas fondée sur des constatations médicales, ce d'autant moins que ce médecin n'a pas suivi l'assuré avant l'accident du mois d'octobre 2007.

A l'examen attentif des différents rapports médicaux, on ne constate aucune contradiction s'agissant particulièrement de l'origine non lésionnelle, ni traumatique, des douleurs dorso-lombaires, sur lesquelles le recourant voudrait fonder l'octroi d'une rente invalidité entière. Celles-ci ne peuvent par conséquent être tenues pour des conséquences de l'accident.

Au vu de ce qui précède, une expertise médicale n'apparaît nullement nécessaire pour établir que seules les séquelles et conséquences invalidantes de la lésion de l'épaule droite doivent être prises en considération dans le cadre de l'examen du droit à la rente.

Partant, tant s'agissant de l'examen du droit à la rente que s'agissant de l'établissement de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée était fondée à s'en tenir aux seules douleurs et séquelles relatives à la capsulite rétractile de l'épaule droite, le lien de causalité naturelle entre les autres douleurs, dorso-lombaires, et l'accident étant devant être exclu.

Du point de vue psychique, le recourant soutient que l'accident du 27 octobre 2007 est seul à l'origine de son état dépressif ultérieur.

Il fait état du fait qu'il ne souffrait pas de trouble psychologique avant cet accident.

Toutefois, bien qu'il s'agisse d'un trouble de l'adaptation, selon ce qui a été diagnostiqué médicalement, cela ne démontre pas que ce trouble puisse être mis en lien unique et direct avec l'accident du 27 octobre 2007 et ses conséquences sur le plan physique notamment.

Le recourant explique, sans que l'on puisse douter de sa sincérité, que ses douleurs importantes, subies au quotidien, particulièrement durant la nuit, ayant pour effet de troubler le sommeil sur la durée, ainsi que de faire perdre la possibilité d'exercer de nombreuses activités physiques au recourant, lui ont fait perdre le moral et ont été la source de son problème sur le plan psychologique.

Toutefois, il ressort du dossier, que le recourant souffrir dans son cadre familial d'autres difficultés, notamment des problèmes de santé de son fils, comme ceux, apparus ultérieurement de son épouse.

Bien que son médecin traitant ait préconisé un suivi thérapeutique sur le plan psychologique, comme cela avait d'ores et déjà été indiqué lors du séjour auprès de la Clinique Romande de Réadaptation, ni le recourant, ni son médecin traitant apparemment, n'ont persisté dans la volonté de poursuivre un tel traitement. Peu importe en effet à ce sujet que la couverture soit accordée par l'assurance accident ou par une autre assurance pouvant intervenir, en particulier l'assurance maladie, dans un cas tel que celui du recourant.

Au vu de ce qui précède, il n'apparaît pas suffisamment vraisemblable que les troubles psychiques dont souffre le recourant soient à mettre en lien direct avec l'accident survenu le 27 octobre 2007.

L'existence du lien de causalité naturelle doit par conséquent également être nié s'agissant des problèmes psychiques du recourant.

7. Par surabondance de moyens, il convient de mentionner que la causalité adéquate ne serait de toute manière pas réalisée en l'espèce.

a. Selon la jurisprudence relative à la question de la causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 123 V 102 consid. 3d et les

références), l'existence d'un tel lien entre un accident insignifiant ou de petite gravité et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niées, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave ; pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut que soient réunis certains critères particuliers et objectifs (ATF 115 V 139 consid. 6, 408 consid. 5). Dans ce dernier cas, le juge des assurances peut admettre la causalité adéquate que si l'un des critères retenus s'est manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident, ou si ces critères déterminant se trouvent, soit cumulés, soit réunis d'une façon frappante.

b. En l'occurrence, l'accident du 27 octobre 2007 doit être considéré comme un accident de petite gravité, à la limite des accidents de gravité moyenne. Aucun des éléments jurisprudentiels retenus pour ces derniers accidents ne s'est manifesté de manière particulièrement marquante et aucun cumul de plusieurs d'entre eux serait déterminant. L'accident n'a pas compris de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou revêtu un caractère particulièrement impressionnant. S'agissant de la durée du traitement médical, il s'est poursuivi jusqu'au mois d'avril 2009, date marquant la reprise possible d'une activité adaptée à plein temps. Quoique long, le traitement était avant tout de nature physiothérapeutique et antalgique. En outre, s'agissant de l'importance des douleurs, comme il l'a déjà été dit précédemment, les seules douleurs pouvant être mises en lien avec l'accident du 27 octobre 2007, à savoir celles qui sont relatives à l'épaule droite, n'ont pas été d'importance suffisante pour être déterminantes selon les critères posés par la jurisprudence pour établir une relation de causalité adéquate entre l'accident assuré et les troubles constatés.

Aussi, l'intimée était-elle fondée, sur la base des recherches de description de postes et des calculs effectués, au demeurant non contredits par le recourant, de prendre en considération une rente d'invalidité à hauteur de 23 %.

8. Reste encore à examiner l'IPAI fixée à 10'860 fr. par l'intimée, soit un taux de 10%.

Le recourant soutient en effet qu'un taux de 60 % doit être retenu, afin de prendre en considération les atteintes liées aux douleurs dorso-lombaires, ainsi que ses troubles psychologiques.

a. Celui qui, par suite d'un accident assuré, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité, sous forme de prestations en capital (art. 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA). L'annexe 3 à l'Ordonnance sur l'assurance accident du 20 décembre 1982 (OLAA) comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pourcent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b ; 210 consid. 4a/2b et les

références). Il représente « une règle générale » (chiffre 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (chiffre 1 al. 2 de l'annexe). A cette fin, la division médicale de la SUVA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables émanant de l'administration ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF non publié du 11 janvier 2007, U 504/05, consid. 6.2.1 ; ATF 124 V 32 consid. 1c, 211 consid. 4a/cc, 116 V 157 consid. 3a). L'art. 36 al. 4 OLAA précise encore qu'il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'est pas prévisible.

b. En l'espèce, l'intimée a fixé le taux d'IPAI à 10 %, en se fondant sur les conclusions du Dr P_____. Celui-ci a fixé ce taux en se basant sur la table 5 d'indemnisation. Aucune aggravation prévisible n'a pu être considérée. Il ressort au contraire des rapports du Dr P_____, ainsi que de celui du Dr A_____ que l'évolution de la situation pourrait encore être légèrement favorable.

Vu l'affection somatique qui peut seule être prise en considération dans le cas d'espèce, à savoir celle qui est à mettre en lien direct avec la capsulite rétractile de l'épaule droite, le taux de 10 % retenu correspond à la valeur d'une atteinte à l'épaule, selon la table 5 SUVA sur l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (version 2000).

En conclusion, l'intimée a correctement fixé l'indemnité octroyée.

Partant, le recours doit être rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

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 auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente suppléante

Isabelle CASTILLO

Laurence CRUCHON

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