

EN FAIT

1. Monsieur C_____ (ci-après l'assuré), né en 1970, travaillait en qualité de maçon auprès de X_____ SA depuis le 20 juin 2005. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA).
2. En date du 22 juillet 2005, il a été victime d'un accident : alors qu'il avait terminé sa journée de travail et qu'il rentrait chez lui, il courait pour prendre son bus et a chuté sur son épaule droite. La SUVA a pris en charge les suites de cet accident.
3. L'assuré a été suivi dès le jour de l'accident par le Dr L_____, généraliste, et par la suite également par le Dr M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
4. Par rapport du 7 septembre 2005, le Dr M_____ a attesté avoir examiné l'assuré le 26 août 2005 et a constaté qu'il présentait une instabilité d'épaule sans épisode de vraie luxation, mais avec lésions radiologiques typiques (lésion du bourrelet glénoïdien). Dans un premier temps, l'assuré devait suivre un traitement conservateur avec rééducation, par physiothérapie, des amplitudes articulaires et tonification du sous-scapulaire.
5. Dans un rapport du 28 septembre 2005, le Dr L_____ a estimé que l'incapacité de travail de l'assuré était totale dès le 25 juillet 2005.
6. Le 15 décembre 2005, le Dr M_____ a confirmé la présence d'une lésion du bourrelet glénoïdien et préconisait une intervention chirurgicale.
7. Le 12 juillet 2006, l'assuré a subi une opération ouverte selon Bankart modifiée de l'épaule droite.
8. Dans leur rapport du 14 juillet 2006, les médecins du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), ont retenu les diagnostics d'instabilité antérieure de l'épaule droite et de luxation récidivante après premier épisode de luxation traumatique en juillet 2005, avec lésion de Bankart osseuse. Ils ont attesté que les suites opératoires étaient simples, le contrôle neurologique sans problème et que l'assuré, n'ayant pas de douleurs, avait pu rentrer chez lui le 14 juillet 2006.
9. Durant l'été 2006, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
10. Par rapport du 17 janvier 2007, le Dr N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a relevé que l'évolution depuis l'opération n'était pas favorable et que l'épaule droite restait

douloureuse et peu mobile. Au vu du cursus professionnel de l'assuré et des problèmes observables au niveau de son épaule droite, la reprise d'une activité dans le domaine de la maçonnerie lui paraissait très aléatoire.

11. Sur requête de la SUVA, le dernier employeur de l'assuré a confirmé, le 29 janvier 2007, que son salaire horaire 2005 était de 25 fr. 75, montant auquel étaient ajoutés 10.64% pour les vacances et 8.33% pour le 13^{ème} salaire. De plus, dès 2006, son salaire horaire aurait été de 26 fr. 35, complété de 10.6% de vacances et de 8.3% de 13^{ème} salaire.
12. Le 11 avril 2007, une inspectrice de la SUVA s'est rendue au domicile l'assuré, lequel lui a indiqué que lors de l'accident, il était placé en qualité de maçon chez Y_____ SA par X_____ SA et que le travail de « maçon B » comprenait le coffrage, le décoffrage, le génie civil, le crépissage, ainsi que des ports de charges lourdes, telles que des planches pour les échafaudages, des bordures de trottoir en béton ou des pavés. Il s'agissait d'un travail physique nécessitant la manipulation de matériel lourd, tel que le marteau piqueur, la massue, les marteaux pour coffrages, les tenailles, les pelles ou encore la pioche. L'assuré a également déclaré que l'évolution de son état n'était pas bonne, que depuis l'opération de juillet 2006, son épaule était beaucoup plus douloureuse qu'auparavant et qu'il ressentait comme une boule de billard dans son épaule droite. Il avait arrêté la physiothérapie, car les séances amplifiaient ses douleurs.
13. Le 13 août 2007, le Dr O_____, médecin au département de chirurgie des HUG, a posé les diagnostics d'instabilité de l'épaule droite et de status post-luxation de l'épaule en juillet 2005 avec Bankart osseux. Lors du contrôle du 8 février 2007, il avait constaté une diminution de la douleur, toutefois, il a estimé qu'une reprise du travail n'était pas actuellement envisageable.
14. Le 29 octobre 2007, X_____ SA a confirmé les informations qu'il avait transmises à la SUVA le 29 janvier 2007 et a précisé que l'horaire de travail hebdomadaire de l'assuré était de 42.5 heures. Il lui a également communiqué deux fiches de salaire, desquelles il ressort que l'assuré avait perçu, en juin 2005, un salaire brut de 2'853 fr. pour 90 heures de travail et en juillet 2005, de 4'295 fr. 35 pour 135.5 heures de travail, et ce sans compter l'indemnité de repas journalière de 5 francs. Sur la base de ces informations, la SUVA a déterminé qu'avant l'accident, son gain annuel brut s'élevait à 61'648 francs.
15. Le 14 novembre 2007, l'assuré a subi une opération de « re-stabilisation de l'épaule droite selon Bankart », en raison de l'instabilité symptomatique.
16. Lors d'un entretien du 6 février 2008 en les locaux de la SUVA, l'assuré a déclaré qu'il souffrait encore d'une vive douleur à l'épaule droite qui irradiait dans l'omoplate et qui se manifestait lorsqu'il essayait de bouger le bras. Il présentait ainsi une importante limitation du bras droit, dans la mesure où il ne pouvait pas le

lever au niveau de la poitrine, toucher son dos par le haut et par le bas, effectuer des rotations ou encore porter des charges. Il se rendait à des séances de physiothérapie deux fois par semaine, mais avait, suite à ces séances, des douleurs à l'épaule toute la journée.

17. Sur nouvelle demande de la SUVA, X_____ SA a indiqué, le 14 février 2008, qu'en 2008, l'horaire hebdomadaire de l'assuré aurait toujours été de 42.5 heures, son salaire horaire de 26 fr. 69, complété de 8.3% de 13^{ème} salaire et de 10.6% de vacances.
18. Le 19 juin 2008, le Dr L_____ a retenu un status post-stabilisation antérieure de Bankart le 12 juillet 2006 et re-stabilisation de l'épaule en novembre 2007, ainsi qu'un syndrome douloureux chronique de l'épaule droite post-traumatique. Il a signalé qu'un suivi psychiatrique était actuellement en cours auprès des HUG. L'évolution n'était pas favorable.

Il a transmis à la SUVA un résumé d'intervention du 29 avril 2008 du Centre de Thérapies Brèves de la Jonction des HUG, duquel il résulte que l'assuré souffrait d'un épisode dépressif moyen (diagnostic principal) et d'un syndrome douloureux chronique de l'épaule droite post-traumatique. Les symptômes présents étaient notamment les suivants : une anxiété modérée, une tristesse, une anhédonie ou encore des idées suicidaires occasionnelles non présentes à l'entretien. L'assuré a expliqué qu'après l'accident de 2005, il s'était séparé de son épouse, qu'il était en procédure contre un avis d'expulsion de la Suisse, de sorte qu'il avait notamment perdu sept kilogrammes durant les trois dernières années et qu'il s'isolait parfois pendant plusieurs jours.

19. Du 12 au 29 août 2008, l'assuré a séjourné auprès de la Clinique romande de réadaptation de Sion (ci-après CRR), période durant laquelle des bilans (not. psychiatrique) et des examens somatiques approfondis (not. examens radiologique, électroneuromyographique ou scintigraphique) ont été effectués. Les diagnostics posés par les médecins, dans leur rapport de synthèse du 1^{er} septembre 2008, étaient les suivants : thérapies physiques et fonctionnelles (diagnostic primaire), douleurs du membre supérieur droit, omarthrose droite débutante, contusion de l'épaule droite le 22 juillet 2005, avec possible luxation de l'épaule spontanément réduite, instabilité antérieure de l'épaule droite traitée par stabilisation selon Bankart le 12 juillet 2006, restabilisation antérieure de l'épaule droite selon Bankart le 14 novembre 2007 et discrets signes irritatifs du nerf ulnaire au coude droit (diagnostics secondaires) et épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, tabagisme actif et appendicectomie il y a environ six ans (co-morbidités).

D'un point de vue somatique, les examens radiologiques mettaient en évidence des troubles dégénératifs débutants à l'épaule droite, ne permettant pas d'expliquer l'importance de l'impotence fonctionnelle, ainsi que de discrets signes irritatifs au

nerf ulnaire et au coude sans indice de perte axonale, pour lesquels aucun traitement spécifique n'était indiqué. Les médecins ont en revanche écarté une algodystrophie du membre supérieur droit et toute composante neurogène à l'impotence fonctionnelle douloureuse de l'épaule et du membre supérieur droit. Il n'y avait actuellement ni d'indication chirurgicale ni d'indication à la poursuite de la physiothérapie ambulatoire.

Sur le plan psychiatrique, ils ont relevé que l'assuré était actuellement débordé par une accumulation de différents problèmes (accident, décès de son père, maladie de sa mère, séparation de son épouse et isolement social), qu'il se sentait psychiquement fragile et qu'il avait du mal à faire face à sa situation. Le diagnostic d'épisode dépressif sévère était retenu en présence d'une perte de l'estime de soi, d'idées de dévalorisation, d'une humeur dépressive et d'un état de détresse.

A noter que la participation de l'assuré aux thérapies a été jugée faible, en raison de ses retards, de ses absences répétées et de son intolérance à tous les traitements, y compris aux traitements passifs, en raison des douleurs déclarées. A la fin du séjour, il ne voyait pas de changements sur le plan de ses capacités fonctionnelles ou de ses douleurs du membre supérieur droit, lequel n'était pas intégré dans les activités de la vie quotidienne.

Les médecins ont conclu que sa capacité de travail était nulle dans l'activité de maçon, mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles concernaient les travaux au dessus du niveau des épaules et le port de charges lourdes. D'après les médecins, la situation médicale était stabilisée, toutefois, l'isolement social, la mauvaise compréhension du français et l'importance du vécu douloureux allaient rendre difficile la reprise d'une activité professionnelle.

20. Le 17 décembre 2008, l'assuré a été examiné par deux médecins d'arrondissement de la SUVA, soit les Drs P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et N_____. Le premier a retenu qu'un état dépressivo-anxieux se serait développé il y a environ une année et qu'il pourrait continuer à poser le diagnostic d'épisode dépressif moyen ou sévère, voire même de troubles de l'adaptation dans un contexte psycho-social instable, toutefois, il lui paraissait difficile de poser un diagnostic précis. En effet, d'un point de vue objectif, l'assuré avait été capable de sourire durant l'entretien, voire même de plaisanter sur un ton ironique et s'était montré méfiant, en fonction des questions posées, à la limite de la colère. L'évolution semblait clairement aller vers un processus d'invalidation. Il a enfin rappelé que l'évolution était négative depuis trois ans avec une incapacité de travail qui restait complète et dont la raison principale serait actuellement essentiellement d'origine psychique. Le second médecin a principalement confirmé les constatations du rapport de la CRR. Les deux interventions chirurgicales n'avaient pas eu, d'après lui, de succès apparent et il n'a pas trouvé d'explication à

l'intensité de la réduction fonctionnelle présente chez l'assuré. Il n'a notamment pas constaté d'atrophie musculaire importante. En ce qui concernait un éventuel dommage permanent, la discordance existant entre les éléments objectifs et subjectifs ne permettait pas de faire cette appréciation de manière médicalement fondée. Enfin, il a estimé que la poursuite de mesures thérapeutiques n'allait pas modifier la situation.

21. Le 6 février 2009, la SUVA a informé l'assuré qu'elle considérait qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une amélioration notable de son état de santé découlant de l'accident, de sorte qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux, hormis en ce qui concernait la prise en charge d'un à deux contrôles par année. De plus, afin de lui laisser le temps de trouver une activité lucrative adaptée à son état de santé, l'indemnité journalière allait continuer à lui être versée jusqu'au 30 juin 2009 sur la base d'une incapacité de travail de 100%.
22. Entendu en les locaux de la SUVA le 18 septembre 2009, l'assuré a déclaré qu'il ne s'était pas inscrit au chômage, attendu qu'il se sentait incapable de travailler et qu'il était au bénéfice, depuis le 1^{er} juillet 2009, de prestations de l'Hospice général. Il avait le bras droit complètement bloqué et ressentait continuellement des douleurs intenses.
23. Le 20 octobre 2009, Z_____ Sàrl (anciennement X_____ SA) a attesté qu'en 2009, l'horaire de travail hebdomadaire de l'assuré aurait été de 42.5 heures et son salaire horaire de 27 fr., auquel il convenait d'ajouter 8.33% de 13^{ème} salaire et 10.64% de vacances.
24. La SUVA a alors effectué une recherche au sujet des activités potentiellement exécutables par l'assuré et a sélectionné cinq différents postes, soit ceux d'aide-mécanicien, de caissier, de collaborateur de production et d'ouvrier magasinier (deux postes) et a questionné cinq entreprises concernant les exigences physiques des différentes activités et les conditions salariales 2009 (description des postes de travail - DTP). En résumé, le salaire annuel moyen 2009 dans ces différents postes était de 56'600 francs.
25. Par décision du 13 novembre 2009, la SUVA a alloué à l'assuré, dès le 1^{er} juillet 2009, une rente d'invalidité de 13% fondée sur une incapacité de gain de 13%. Elle a en effet estimé, sur la base de ses investigations, qu'il était toujours susceptible d'exercer, à plein temps, une activité légère dans différents secteurs de l'industrie et adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques qui concernaient les travaux au-dessus du niveau des épaules et le port de charges lourdes, activités lui permettant de réaliser un revenu de 4'700 fr. par mois. Attendu que son salaire sans invalidité était de 5'380 fr., son incapacité de gain était de 13%. En ce qui concernait les troubles psychiatriques dont il souffrait, la SUVA a considéré qu'ils n'étaient pas

en relation de causalité adéquate avec l'accident, de sorte qu'ils n'avaient pas à être pris en charge.

26. Le 16 décembre 2009, l'assuré, représenté par son conseil, a déclaré faire opposition à ladite décision et a requis, principalement, l'octroi d'une rente entière d'invalidité et le prononcé d'une décision concernant l'atteinte à l'intégrité, et subsidiairement, la mise en œuvre d'une expertise. Il a en effet soutenu que ses limitations fonctionnelles somatiques étaient plus importantes que celles retenues par la SUVA, attendu qu'il présentait des douleurs irradiant dans le bras et la main droites et que ses troubles psychiatriques étaient tant en relation de causalité naturelle, laquelle avait été admise, d'après lui, par la CRR, qu'en relation de causalité adéquate avec l'accident. Une expertise médicale permettrait, d'une part, de déterminer le lien de causalité naturelle entre l'accident, les interventions chirurgicales et ses troubles psychiques et, d'autre part, de préciser les limitations fonctionnelles liées à son membre supérieur droit. Par ailleurs, il contestait le revenu d'invalidité retenu par la SUVA, dans la mesure où il estimait qu'il y avait lieu de tenir compte d'un abattement de 25%, eu égard à l'absence de formation professionnelle, à ses difficultés à comprendre et à s'exprimer dans la langue française et à la suppression de son permis de séjour. Il a joint à son opposition :

- un rapport du 9 décembre 2009 du Dr. Q_____, médecin au Service de psychiatrie pour adultes de la Jonction, lequel a attesté que l'assuré était suivi depuis le 15 septembre 2008 pour un « premier » épisode dépressif majeur d'intensité moyenne à sévère, associé à un syndrome douloureux chronique post-traumatique de l'épaule droite. Il a rappelé que le trouble psychique de l'assuré s'était développé dans un contexte de vie difficile mêlant troubles somatiques, douleurs, impotence fonctionnelle de son épaule droite, mais également décès de son père, divorce et insécurité sociale. Il ne pouvait ainsi pas conclure à un rapport de causalité naturelle immédiate entre les troubles psychiques et l'accident, attendu que ces troubles et leur évolution étaient également liés à la psychologie de l'assuré et à sa capacité à faire face à des événements de vie défavorables. Il a précisé que l'accident et les interventions chirurgicales semblaient avoir joué un rôle non négligeable dans l'affection psychique, toutefois, il ne pouvait pas quantifier cette proportion au vu des multiples interactions impliquées dans le développement du trouble ;

- une décision du 24 juin 2009 de refus d'autorisation de séjour en vue d'un traitement médical, laquelle lui impartissait un délai au 20 août 2009 pour quitter le territoire suisse.

27. Par décision sur opposition du 20 avril 2010, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a tout d'abord persisté à nier l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'atteinte psychique et l'accident, qui devait être classé dans la catégorie des accidents à la limite de la banalité. En effet, elle a estimé que

l'accident n'était pas intervenu dans le cadre de circonstances particulièrement dramatiques, qu'il ne revêtait pas un caractère particulièrement impressionnant, que les lésions physiques subies n'étaient pas graves ou propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, que le traitement, essentiellement conservateur, ne pouvait pas être considéré comme anormalement long et qu'il n'y avait pas eu d'erreurs dans le traitement ayant entraîné une aggravation notable des séquelles accidentelles. Elle a précisé, à cet égard, que les médecins du Service psychiatrique des HUG avaient admis, le 29 avril 2008, que la composante psychogène pourrait jouer un rôle dans l'aggravation de la douleur ressentie. Par ailleurs, la SUVA a rappelé que les médecins de la CRR et le médecin d'arrondissement, dont les rapports présentaient pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, avaient considéré que l'assuré pouvait exercer une activité professionnelle à plein temps n'impliquant pas l'accomplissement de travaux au dessus du niveau des épaules ou le port de charges lourdes. De plus, les rapports d'enquête économique attestaient qu'il existait, sur le marché général du travail, des emplois légers et adaptés aux séquelles organiques résultant de l'accident permettant à l'assuré de réaliser un revenu mensuel moyen de 4'700 fr. (part au 13^{ème} salaire comprise). Comparé à un gain mensuel sans invalidité de 5'380 fr., l'incapacité de gain de l'assuré était de 13%, taux lui ouvrant le droit à une rente d'invalidité de 13%. Enfin, en ce qui concernait une éventuelle atteinte à l'intégrité, le Dr N_____ avait mis en évidence une divergence entre les éléments objectifs et subjectifs, qui ne permettait pas de procéder à une appréciation médicale fondée. Par conséquent, c'était à l'assuré d'établir la preuve de l'existence d'une atteinte à l'intégrité, voire de se réannoncer auprès de la SUVA pour qu'un nouvel examen clinique intervienne, sans quoi la SUVA ne pouvait pas rendre de décision à cet égard. Pour ce qui était de l'assistance juridique, l'assuré était invité à lui renvoyer l'attestation d'assistance juridique annexée à la décision sur opposition, afin que la SUVA puisse rendre une décision séparée à ce sujet.

28. Le 12 mai 2010, l'assistance juridique a été octroyée au recourant pour la procédure par devant le Tribunal de céans.
29. Le 21 mai 2010, l'assuré, représenté par son conseil, a interjeté recours auprès du Tribunal de céans contre la décision sur opposition de la SUVA, sollicitant principalement, son annulation et le renvoi du dossier à la SUVA, afin qu'elle continue, dès le 1^{er} juillet 2009, à lui verser l'indemnité journalière fondée sur une incapacité de travail de 100% jusqu'à ce que d'éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme, et ce sous suite de dépens. Subsidiairement, il a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et somatique, afin de déterminer si les séquelles psychiques étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident du mois de juillet 2005 et de fixer l'atteinte à l'intégrité physique et psychique, ainsi que le renvoi du dossier à la SUVA pour calcul de la rente LAA, sur la base d'une totale incapacité de travail, et l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a fait valoir que l'indemnité journalière devait

continuer à lui être versée jusqu'à ce que des mesures de réadaptation professionnelle aient été mises en place par l'assurance-invalidité. Il a, en outre, soutenu que ses séquelles psychiques étaient en relation de causalité adéquate avec l'accident, qu'il qualifiait d'accident de gravité moyenne, attendu que le traitement médical conservateur avait été anormalement long avec des douleurs physiques persistantes et que des erreurs dans le traitement médical avaient aggravé les séquelles de l'accident. Il a également contesté le revenu d'invalidité retenu par l'intimée, dans la mesure où les activités sélectionnées ne tenaient pas compte de son absence de formation, du fait qu'il parlait difficilement le français, qu'il ne savait ni le lire ni l'écrire, et que ces activités nécessitaient toutes une formation complémentaire. Il ne pouvait en tout état de cause pas les exercer au vu de l'immobilisation de son bras droit. Enfin, comme l'intimée ne se prononçait pas sur son atteinte à l'intégrité par absence d'informations, il sollicitait la mise en œuvre d'une expertise somatique.

30. Par réponse du 21 juin 2010, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a retenu que l'accident dont avait été victime le recourant devait être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité et a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident, les critères énumérés par la jurisprudence pour retenir un tel lien de causalité n'étant pas remplis. Elle n'a dès lors pas examiné la question du lien de causalité naturelle. Par ailleurs, elle a soutenu être légitimée à octroyer une rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2009. En effet, d'une part, l'état de santé du recourant était stabilisé à ce moment-là et, d'autre part, elle n'avait pas besoin d'attendre, en vertu de l'art. 30 al. 1 OLAA, le terme d'hypothétiques mesures de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité pour se déterminer sur la rente d'invalidité, et ce d'autant moins qu'il ne ressortait pas du dossier que de telles mesures allaient être mises en place. L'intimée a également défendu l'avis que les activités sur lesquelles elle s'était fondées pour fixer le revenu d'invalidité du recourant ne nécessitaient ni formation, ni mesures professionnelles, et que celui-ci pouvait, eu égard aux rapports de la CRR et du Dr N_____, effectuer des activités compatibles avec ses limitations fonctionnelles. De plus, les descriptions de postes de travail (DTP) étaient conformes aux exigences jurisprudentielles. Enfin, l'intimée a fait valoir qu'elle ne s'était pas prononcée sur la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, de sorte que cette question ne faisait pas partie de l'objet du litige.

31. Par courrier du 5 octobre 2010, l'intimée a transmis au Tribunal de céans

- un rapport d'expertise du 8 juillet 2010 du Dr R_____, spécialiste FMH en psychiatrie et de Madame D_____, psychologue et spécialiste en psychothérapie FSP, lesquels ont reçu le recourant en date du 28 mai 2010. Ils ont retenu un trouble de l'humeur induit par la consommation chronique d'alcool et/ou un état dépressif majeur de gravité légère, un éthylysme chronique et/ou un abus

d'alcool, un probable trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale chronique. La capacité résiduelle de travail du recourant était entière depuis le 14 mai 2008 dans toute activité adaptée à ses limitations somatiques ;

- un rapport d'examen du 6 septembre 2010 du Dr. R_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, lequel a estimé que le recourant présentait des troubles douloureux sur arthrose gléno-humérale débutante, auxquels s'ajoutaient des phénomènes d'autolimitation et d'amplification relevant de facteurs psychiatriques. Sur la base des radiographies, il a admis l'existence d'une atteinte dégénérative scapulo-humérale imputable à l'accident et a estimé l'atteinte à l'intégrité à 10%. De plus la capacité de travail du recourant restait nulle dans l'activité de maçon, mais était entière dans une activité n'exigeant pas de sollicitation du bras au-dessus de l'horizontale, ni de port de charges supérieures à 10 kilogrammes ;

- sa décision du 8 septembre 2010, par laquelle elle a alloué au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, soit de 10'680 francs ;

- un courrier du 30 septembre 2010 du recourant, lequel a indiqué à l'intimé qu'il n'entendait pas faire opposition à la décision précitée.

32. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20).

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

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

3. Le litige porte sur le lien de causalité entre les troubles psychiques présentés par le recourant et l'accident du 22 juillet 2005, sur l'octroi d'indemnités journalières postérieurement au 30 juin 2009, sur le degré d'invalidité du recourant et son droit à une rente d'invalidité.

Il convient de relever que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne fait pas l'objet du litige, dans la mesure où l'intimée a rendu une décision à cet égard en date du 8 septembre 2010, octroyant au recourant une indemnité de 10'680 francs et que le recourant a d'ores et déjà renoncé à s'opposer à celle-ci.

4. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non-professionnel et de maladie professionnelle.

b) 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv.; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

Il n'est pas nécessaire 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 dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

c) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés

ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement ; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (p. ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, un lien de causalité adéquate peut, en règle générale, être d'emblée nié, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;

- la gravité ou la nature particulière des lésions, étant précisé que le seul diagnostic de distorsion cervicale ne suffit pas pour admettre la réalisation de ce critère. Il faut une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie douloureuse, telles que la position particulière du corps lors de l'accident avec les complications qui s'en suivent ou d'autres lésions importantes déterminantes équivalentes à une distorsion cervicale ou à un traumatisme crânio-cérébral ;

- la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ;

- les douleurs persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;

- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;

- les difficultés apparues au cours de la guérison et aux complications importantes ;

- et, enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail. A ce propos, il y a lieu de considérer qu'en cas d'accident de gravité légère ou moyenne, le fait d'être écarté du monde du travail pendant une très longue durée ou de manière durable apparaît d'un point de vue médical comme plutôt inhabituel. Conformément au principe de l'obligation de réduire le dommage, il doit être reconnaissable concrètement que l'assuré a entrepris tout ce qui était possible et exigible pour regagner aussi vite que faire ce peut le monde du travail. Ainsi, il doit tenter de reprendre son activité malgré les éventuels désagréments personnels et, le cas échéant, avec un accompagnement thérapeutique médical. Est dès lors déterminant non plus la durée

de l'incapacité de travail, mais l'importance de l'incapacité de travail malgré les efforts consentis pour reprendre le travail.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références, 115 V 133 consid. 6c/aa).

5. a) Le juge des assurances sociales 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. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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. 5a).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de

mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99). 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).

6. Le recourant fait tout d'abord valoir qu'il existe un rapport de causalité entre ses troubles psychiques et l'accident, ce que nie l'intimée.
7. a) En l'espèce, les médecins de la CRR ont posé le diagnostic d'état dépressif sévère. Ils n'ont toutefois pas examiné la question de la causalité naturelle entre ce trouble et l'accident, précisant toutefois que le recourant était débordé par une accumulation de différents problèmes, soit son accident, le décès de son père, la maladie de sa mère, la séparation de son épouse ou encore l'isolement social. Quant au médecin d'arrondissement de la SUVA, il ne s'est pas non plus prononcé sur la question. Enfin, le Dr S_____ a indiqué, en décembre 2009, qu'il ne pouvait pas conclure à un rapport de causalité naturelle immédiate entre l'accident et les troubles psychiques, attendu que ceux-ci étaient également liés à la psychologie du recourant et à sa capacité à faire face à des événements de vie défavorables. Il a ajouté que l'accident et les interventions chirurgicales semblaient avoir joué un rôle non négligeable dans l'affection psychique du recourant, mais n'a pas pu le quantifier. En toute hypothèse, cette question n'a pas besoin d'être tranchée en l'espèce, car même si les troubles psychiques du recourant étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident du 22 juillet 2005, leur caractère adéquat fait, en tout état de cause, défaut pour les motifs qui suivent.

b) L'intimée a estimé que l'accident subi par le recourant devait être classé parmi les accidents de gravité moyenne à la limite de la banalité et le recourant qu'il s'agissait d'un accident de gravité moyenne. Le Tribunal de céans est d'avis, qu'au vu de la jurisprudence, la chute du recourant de sa propre hauteur lors de sa course pour prendre le bus, doit être considérée au mieux comme un accident de gravité moyenne à la limite de l'accident de peu de gravité. Il y a lieu en outre de nier l'existence de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques et du caractère particulièrement impressionnant de l'accident du 22 juillet 2005, le recourant ayant uniquement déclaré être tombé dans sa course sans mentionner de circonstances particulières. Il n'a pas souffert de lésions graves ou d'une nature

particulière, ayant essentiellement présenté une instabilité de l'épaule droite. Quant au critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il est vrai que le recourant a subi deux opérations, à un an et à plus de deux ans de son accident, toutefois, les délais importants semblent bien plutôt liés au délai d'attente pour se faire opérer aux HUG qu'à une longue durée du traitement. De plus, le long traitement antalgique et conservateur, dont se prévaut le recourant, ne peut pas être considéré comme un traitement continu spécifique et lourd, de sorte que ce critère de la longue durée du traitement n'est pas non plus réalisé. En outre, le dossier médical de l'assuré ne contient, à aucun moment, la mention d'une erreur dans le traitement médical ayant entraîné une aggravation de ses séquelles. Le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail ne peut pas non plus être retenu. Enfin, le recourant allègue avoir encore des douleurs importantes dans tout son membre supérieur droit, qu'il dit ne pas pouvoir bouger. La réalisation de ce seul critère n'est toutefois pas suffisant, au vu de la jurisprudence, pour reconnaître un caractère adéquat au rapport de causalité entre l'accident et l'état dépressif de gravité moyenne à sévère mis en évidence tant par les médecins de la CRR que par les psychiatres traitants du recourant.

Par conséquent, les troubles psychiques présentés par le recourant ne sont pas en relation de causalité avec l'accident et ne peuvent ainsi pas lui donner droit à des prestations de l'assurance-accidents.

Pour le surplus, au vu de l'absence de causalité adéquate, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, comme requise par le recourant, afin de se prononcer sur la causalité naturelle entre ses troubles psychiques et l'accident.

8. Le recourant soutient en outre que c'est à tort que l'intimée lui a alloué une rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2009 et que les indemnités journalières auraient dû continuer à lui être versées après le 30 juin 2009, et ce jusqu'à ce que d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle aient été menées à terme.
9. a) En vertu de l'art. 16 al. 2, le droit à l'indemnité journalière s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède.

D'après l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. Aux termes de l'alinéa 3 de cette disposition légale, le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance- invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient

plus tard. En application de cette disposition, le Conseil fédéral a édicté l'art. 30 OLAA qui dispose que lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI (a), avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (b), avec la fixation de la rente définitive (c). Il s'agit d'une rente transitoire destinée à permettre à l'assureur-accidents qui ne peut encore fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation entreprises par l'assurance-invalidité, de verser néanmoins une rente d'invalidité à l'assuré sans attendre ce résultat (ATF 116 V 251 consid. 2b et la référence). C'est donc une prestation temporaire, fixée provisoirement, et qui doit être allouée aussi bien pendant le déroulement des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité que pendant la période qui va de la fin du traitement médical jusqu'au moment où décision est prise quant à d'éventuelles mesures de réadaptation, cas échéant à la mise en œuvre de celles-ci (ATF 129 V 285).

Dans un arrêt du 5 juillet 1990 (ATF 116 V 246), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après TFA) a estimé que la rente transitoire fondée sur l'art. 30 OLAA doit être fixée d'après la méthode générale de comparaison des revenus. Toutefois, l'évaluation de l'invalidité intervient dans ce cas avant l'exécution éventuelle de mesures de réadaptation. Seule entre en considération, à cette date, l'activité qui peut raisonnablement être exigée de la part d'un assuré non encore réadapté, compte tenu de la situation équilibrée du marché du travail.

b) En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il devient invalide à 10 % au moins par suite d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

c) Pour évaluer le taux d'invalidité, il convient de comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. C'est pourquoi le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de

l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4).

Quant au revenu de l'activité raisonnablement exigible, il doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique. Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tables statistiques (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) (ATF 129 V 472).

Lorsque le revenu d'invalidé est déterminé sur la base des DPT, une réduction du salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifié ni admissible. En effet, les limitations spécifiques sont déjà prises en considération dans le choix des DPT, et les autres critères personnels et professionnels peuvent être pris en compte dans la fourchette déterminée par le salaire minimum et le salaire maximum de chaque poste de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; FRESARD/ MOSER-SZELESS, l'assurance-accidents obligatoire in SBVR, p. 901, no 175)

Enfin, est déterminant, lors de la comparaison des revenus, 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 consid. 4a; cf. aussi ATF 129 V 222).

10. a) En l'occurrence, dans leur rapport du 1^{er} septembre 2008, les médecins de la CRR ont retenu, sur le plan somatique, les diagnostics de thérapies physiques et fonctionnelles (diagnostic primaire) et de douleurs du membre supérieur droit, d'omarthrose droite débutante, de contusion de l'épaule droite le 22 juillet 2005, avec possible luxation de l'épaule spontanément réduite, d'instabilité antérieure de l'épaule droite traitée par stabilisation selon Bankart le 12 juillet 2006, de restabilisation antérieure de l'épaule droite selon Bankart le 14 novembre 2007 et de discrets signes irritatifs du nerf ulnaire au coude droit (diagnostics secondaires). Il n'y avait, d'après les médecins, ni d'indication chirurgicale ni d'indication à la poursuite de la physiothérapie ambulatoire. Ils ont conclu que la capacité de travail du recourant était nulle dans l'activité de maçon, mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles concernaient les travaux au dessus du niveau des épaules et le port de charges lourdes. D'après eux, la situation médicale était stabilisée, toutefois, l'isolement social, la mauvaise compréhension du français et l'importance du vécu douloureux allaient rendre difficile une reprise professionnelle.

Le Tribunal de céans constate que le rapport de la CRR a été établi sur la base de l'anamnèse du recourant et se fonde sur des examens médicaux complets du recourant, et notamment sur des examens radiologique, électroneuromyographique et scintigraphique, et prend en considération les plaintes exprimées par celui-ci. Les diagnostics ont été précisément posés et la description du contexte et de l'appréciation de la situation médicale est claire et non contradictoire. Enfin, les conclusions sont motivées. Il n'y a pas non plus d'indices permettant de remettre en cause le bien-fondé desdites conclusions. Ce rapport présente dès lors valeur probante au sens où l'entend la jurisprudence.

Il résulte de ce qui précède que l'état de santé somatique du recourant était stabilisé au mois de septembre 2008 et que celui-ci pouvait reprendre, depuis lors, une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles liées à son membre supérieur droit. Les conclusions du rapport de la CRR ont également été confirmées par le Dr N_____, lequel a précisé, durant le mois de décembre 2008, que la poursuite de mesures thérapeutiques n'allait pas modifier la situation. Le recourant ne conteste au demeurant pas que son état de santé n'ait pas déjà été stabilisé à cette époque.

C'est ainsi à juste titre que l'intimée a déterminé le droit du recourant à une rente d'invalidité.

b) Le recourant requiert toutefois que l'intimée continue à lui verser des indemnités journalières tant que l'assurance-invalidité n'a pas statué sur des mesures de réadaptation professionnelle et qu'elles n'ont pas été mises à exécution.

A cet égard, il n'y a aucune obligation pour l'intimée de continuer à verser des indemnités journalières, alors que l'état de santé du recourant est stabilisé, et ce d'autant moins qu'elle est habilitée à statuer sur l'octroi d'une rente d'invalidité même si l'assurance-invalidité ne s'est pas encore prononcée sur des mesures d'ordre professionnel (art. 30 OLAA).

11. Il sied dès lors d'examiner le degré d'invalidité du recourant pour fixer son droit à une rente d'invalidité.
12. a) Le revenu sans invalidité n'est pas contesté par le recourant. En revanche, il soutient que les activités choisies par l'intimée, pour déterminer son revenu d'invalidité, ne tiennent pas compte des limitations fonctionnelles liées à son bras droit.

En l'espèce, il y a lieu de constater que les activités qui ont été sélectionnées par l'intimée, soit les activités d'ouvrier magasinier, d'aide-mécanicien, de caissier ou encore de collaborateur de production ne requièrent, d'après les descriptifs de poste de travail (DTP), ni port de charges lourdes ni travaux au dessus du niveau des épaules, de sorte que ces activités sont compatibles avec l'état de santé du recourant

mis en exergue par les médecins de la CRR, dont le rapport présente pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. De plus, il ressort également des DTP que ces activités ne nécessitent pas de formation spécifique, de sorte qu'elles sont ainsi exigibles de la part du recourant. C'est ainsi à juste titre que l'intimée s'est fondée sur les DTP pour calculer le revenu d'invalidé.

b) L'intimée a fixé le début du droit à une rente d'invalidité au 1^{er} juillet 2009, de sorte qu'elle a procédé à une comparaison des revenus durant cette année-là.

De plus, elle a déterminé, avec raison, le revenu d'invalidé en se fondant sur les DTP sans procéder à une réduction de ce salaire eu égard aux limitations fonctionnelles du recourant, et ce conformément à la jurisprudence citée ci-dessus, et s'est basée sur les données de son dernier employeur pour obtenir le revenu sans invalidité. Son calcul, dont il résulte une perte de gain de 13%, ne prête ainsi pas le flanc à la critique.

Le recourant a dès lors droit à une rente d'invalidité de 13%, comme retenu par l'intimé.

13. Mal fondé, le recours doit être entièrement rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL 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

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste : Diane E. KAISER

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