

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4189/2009

ATAS/1061/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 8**

**du 14 octobre 2010**

En la cause

Monsieur S \_\_\_\_\_, domicilié à Gex, France, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Charles SOMMER.

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Thierry STICHER, Président suppléant; Monique STOLLER FÜLLEMANN  
et Teresa SOARES, Juges assesseurs**

---

## EN FAIT

1. Monsieur S\_\_\_\_\_ (ci-après : le recourant), né en 1968 et célibataire, travaille en qualité de chauffeur-ravitailleur d'avions à l'Aéroport international de Genève.

Ce travail nécessite de manipuler de lourdes charges pour permettre l'accès et la fixation des tuyaux de kérosène aux avions. Le recourant a produit des photographies illustrant lesdites manipulations.

2. Le 10 septembre 2007 son employeur a déclaré un accident de la circulation survenu le 4 septembre 2007. Selon le rapport de police du 9 novembre 2007, alors que le recourant circulait en moto, il a heurté une voiture qui n'a pas respecté la priorité. Cet accident a provoqué des contusions et hématomes, ainsi que des fractures des côtes. Le recourant a été transporté à l'hôpital en ambulance. Son état a entraîné un arrêt de travail complet dès le 5 septembre 2007.
3. Selon le rapport du service de chirurgie thoracique des HUG du 31 octobre 2007, le recourant a été hospitalisé dans ledit service du 5 au 12 septembre 2007. Il souffrait de fractures des côtes 4 à 8 à gauche et d'un hématorpneumothorax à gauche. Une douleur à l'épaule a justifié des radiographies qui n'ont pas montré de lésion et une consultation orthopédique a conclu à une contusion de l'épaule ne nécessitant pas de traitement particulier.
4. Une échographie de la cuisse droite pratiquée le 24 octobre 2007 par le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie et médecine nucléaire, a montré un état compatible avec une élongation traumatique, sans hématome résiduel, ni épanchement articulaire.
5. Selon les imageries pratiquées le 5 février 2008 par la Dresse B\_\_\_\_\_, radiologue FMH, les fractures des 4<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup> côtes avaient un aspect consolidé, tandis que les fractures des 5<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> côtes n'étaient pas consolidées.
6. Le recourant a repris son travail à plein temps, à partir du 3 mars 2008.
7. Selon l'avis du Dr C\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de l'intimé, du 13 mars 2008, consécutif à un examen clinique qui a eu lieu la veille, la situation n'était pas totalement stabilisée, malgré la reprise du travail. Il proposait de revoir le recourant après une période de travail suffisante pour une appréciation définitive.

L'examen clinique était toutefois rassurant. Les radiographies réalisées lors de l'hospitalisation n'avaient pas montré de lésion traumatique au niveau de l'épaule gauche. S'agissant des fractures costales, elles nécessitaient la prise de « Brufen » et le scanner récent parlait en faveur d'une absence de consolidation de deux côtes.

8. Le recourant a par la suite effectué un séjour à la Clinique Romande de Réadaptation (ci-après : CRR), du 7 mai au 3 juin 2008.

La principale plainte à l'admission concernait des douleurs de l'épaule gauche. Une IRM de l'épaule a montré une arthropathie acromioclaviculaire modérée et une anomalie de signal du tendon supra-épineux évoquant une tendinite. Il a été renoncé à une arthrographie, compte tenu d'un examen clinique rassurant.

En fin de séjour, le recourant se sentait mieux avec une diminution des douleurs. Il subsistait une légère gêne en fin d'amplitudes au niveau de l'épaule gauche. Des séances de physiothérapies furent prescrites. Il fut renoncé à une infiltration et il n'y avait pas d'indication opératoire.

La capacité de travail était complète dans l'activité de chauffeur-ravitailleur.

9. Les 21 et 28 juillet 2008, le recourant indiqua à l'intimé qu'après plusieurs semaines de travail, il avait à nouveau mal aux côtes et souvent mal à la tête. Par ailleurs, il faisait valoir un dommage corporel correspondant à une perte de tension de 10% au niveau de l'épaule gauche.
10. Dans ses rapports médicaux des 28 août et 31 octobre 2008, le Dr D\_\_\_\_\_ signala que les plaintes du recourant étaient toujours les mêmes que celles déjà signalées auparavant, au niveau pulmonaire (en toussant), de l'épaule gauche et du genou droit, ceci surtout à l'effort.
11. Sur demande du Dr D\_\_\_\_\_, une arthro-IRM de l'épaule gauche fut réalisée le 16 mars 2009. Le rapport du Dr E\_\_\_\_\_, radiologue FMH, du 17 mars 2009 conclut à une « Arthro-IRM en faveur d'une tendinopathie des muscles sus-épineux, à moindre mesure sub-scapulaire et de la poulie du long chef du biceps. Arthrose acromio-claviculaire. Bursite sous-acromio-deltoïdienne. Probable complexe de Buford avec hypertrophie du ligament gléno-huméral moyen et hypoplasie du labrum antérieur ».
12. Le 29 mai 2009, le Dr D\_\_\_\_\_ indiquait que le recourant se plaignait toujours de douleurs résiduelles de l'épaule gauche et du genou droit. Le traitement ne pouvant aller plus loin, il suggérait de « liquider ce dossier ».
13. Selon l'appréciation médicale du Dr C\_\_\_\_\_ du 16 juin 2009, un nouvel examen clinique n'était pas justifié, vu le temps écoulé depuis l'accident, l'examen effectué à l'agence et le séjour à la CRR. Le recourant travaillait à 100% et tous les examens réalisés depuis l'accident n'avaient révélé aucune lésion structurelle susceptible d'aboutir à un dommage permanent. Le Dr C\_\_\_\_\_ proposait de clore le dossier en considérant les conséquences de l'accident du 4 septembre 2007 comme définitivement éteintes.
14. Par décision du 17 juin 2009, l'intimé refusa d'octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité et mis fin aux prestations d'assurances, soit les indemnités journalières et frais de traitement avec effet au jour de la décision.

15. Le recourant s'opposa à cette décision par acte du 17 juillet 2009. Il rappelait qu'il n'avait cessé de répéter qu'il souffrait toujours de douleurs thoraciques, à l'épaule gauche, aux hanches et au genou droit. La décision du Dr C\_\_\_\_\_ de ne pas procéder à un examen clinique était critiquée. Le recourant concluait à la mise sur pied d'une expertise médicale à effectuer par un expert neutre et indépendant.
16. Le 15 juillet 2009, le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en Infectiologie et médecin-conseil de l'employeur du recourant, suggéra la reconsidération de la décision et le réexamen du recourant, vu la persistance des plaintes et les contraintes physiques de son travail.
17. Selon l'appréciation médicale du Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin-conseil de l'intimé, du 29 septembre 2009, l'IRM effectuée le 16 mai 2008 n'avait montré au niveau de l'épaule gauche que des aspects liés à l'âge, et lors du séjour à la CRR, aucune séquelle notable de l'accident n'avait été trouvée à l'examen clinique de l'épaule et du thorax à gauche. Pour ces motifs, la reprise de travail à plein temps dès le 5 juin 2008 n'était pas contestable.

S'agissant de l'arthro-IRM du 16 mars 2009, il y avait une certaine confusion, car bien que le rapport mentionne l'épaule gauche, les clichés indiquaient le côté droit, de même que les clichés du médecin de famille du 9 février 2009. Indépendamment de cela, on ne trouvait pas de lésion traumatique.

Le recourant avait été examiné plus qu'il n'était utile et le Dr G\_\_\_\_\_ ne voyait pas la nécessité d'autres examens. Il confirmait qu'une atteinte notable à l'intégrité n'était ni démontrable, ni probable et que l'on ne devait plus s'attendre à une aggravation future.

18. Par décision sur opposition du 22 octobre 2009, l'intimé rejeta l'opposition du recourant.

L'intimé a considéré que vu l'avis du Dr D\_\_\_\_\_ du 29 mai 2009, le cas avait été clos de manière justifiée et que le droit à une rente devait être niée de manière évidente, puisque le recourant travaillait à plein temps depuis le 3 mars 2008.

S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, celle-ci n'était pas due, car selon l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_, une atteinte importante n'était ni démontrable ni probable. L'avis du Dr G\_\_\_\_\_ corroborait par ailleurs celui du Dr C\_\_\_\_\_.

19. Le recourant contesta cette décision sur opposition auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales par acte adressé par pli postal du 20 novembre 2009. Il concluait à l'annulation de la décision sur opposition du 22 octobre 2009.

Expliquant avoir décidé de mettre en œuvre une expertise médicale privée, il concluait à ce que le Tribunal attende le résultat de cette expertise.

Pour le surplus, il relevait qu'il ressentait toujours des douleurs, même s'il avait repris son travail. Il souhaitait que cela soit reconnu, que les traitements médicaux permettant d'améliorer son état soient pris en charge, et qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité lui soit octroyée.

Il faisait encore valoir que les médecins de l'intimé avaient confondu l'épaule gauche et l'épaule droite, ce qui mettait en doute le bien-fondé de leurs rapports et que son droit d'être entendu avait été violé, car il n'avait pas reçu de projet de décision intitulé « droit d'être entendu », ni obtenu de nouvelle visite auprès du médecin-conseil avant qu'une décision ne soit rendue.

20. Par acte du 4 décembre 2009, l'intimé conclu au rejet du recours et de la demande de suspension de la procédure, renvoyant le Tribunal à la décision entreprise.
21. Par ordonnance du 4 janvier 2010, le Tribunal a ordonné la production du rapport d'expertise privée dès sa réception, ainsi que la comparution des parties.
22. Par courrier du 11 mai 2010, le recourant a transmis au Tribunal un rapport d'expertise orthopédique du Centre d'expertise médicale (ci-après : CEMed) daté du 16 mars 2010 et signée du Dr H\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique FMH.

Selon ledit rapport d'expertise, les différents bilans de l'épaule gauche avaient montré des atteintes compatibles plutôt avec un état dégénératif. Par la suite, alors que l'épaule droite n'avait pas été touchée dans l'accident, le recourant avait commencé à se plaindre de douleurs qu'il mettait en rapport avec la surcharge de l'épaule droite liée à la pathologie de l'épaule gauche. A l'examen clinique, la souffrance de la coiffe était plus marquée à droite qu'à gauche.

Au vu de la présentation anamnestique, de la clinique de l'épaule droite et actuellement de la lombosciatalgie gauche, l'expert privé pensait que si l'accident avait entraîné des fractures des côtes et un hémopneumothorax, une contusion de l'épaule gauche sur un état antérieur qui existe des deux cotés, et au vu de l'évolution plus défavorable actuellement à droite qu'à gauche, le statu quo sine avait été atteint à gauche.

Le recourant présentait actuellement des problèmes d'arthrose acromio-claviculaire et tendinopathie de la coiffe des rotateurs bilatérale de surcharge, qui n'étaient plus en rapport avec l'accident. L'examen clinique parlait plutôt en faveur d'une lombosciatalgie non déficitaire gauche qu'en faveur de restes d'une contusion de la racine de la cuisse gauche.

Selon l'expert privé, il était juste que l'intimé ait mis fin aux prestations, même si le fait que le recourant ne pourrait à moyen ou long terme difficilement continuer à effectuer son travail lourd était une réalité.

23. Les parties furent entendues le 20 mai 2010 en comparution personnelle.

A cette occasion, le recourant contesta que le CEMed, qui avait été mandaté par son ancien conseil, soit un organe indépendant des assurances. Avant l'accident du 4 septembre 2007, il parvenait parfaitement à effectuer son travail, mais depuis l'accident, son travail provoquait des douleurs aux épaules et aux côtes des deux côtés. Il avait pu reprendre son travail à 50% en février 2008, puis à 100% en mars 2008, mais avec des douleurs.

Le recourant demanda l'audition de collègues de travail pour témoigner de la particularité de son activité. Il demandait aussi que son nouveau conseil ait le temps de prendre connaissance du dossier avant de se prononcer.

Quant au représentant de l'intimé, il estima que les actes d'instruction demandés étaient inutiles.

Un délai fut octroyé aux deux parties pour se prononcer sur les actes d'instruction et sur le fond.

24. Par acte du 15 juin 2010, le recourant sollicite l'audition de deux collègues de travail et la mise sur pied d'une expertise judiciaire.

Il expliquait que le CEMed n'était pas suffisamment indépendant des assurances et demandait que le Tribunal l'interpelle au sujet de son indépendance, relevant que selon le Tribunal fédéral, cette question devait être examinée avant qu'un expert ne soit nommé.

25. Par acte du même jour, l'intimé considéra que l'expertise privée réalisée par le CEMed a entière valeur probante au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral, de sorte que le cas avait été correctement et suffisamment instruit pour pouvoir être jugé en l'état.

26. La cause fut gardée à juger le 22 juin 2010.

### **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. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce.
3. Adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales par pli postal du 20 novembre 2009, le recours contre la décision sur opposition de la SUVA du 22 octobre 2009 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable.
4. Le recours porte sur le bien fondé d'une décision mettant fin aux prestations d'assurance et niant le droit à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
5. 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. Par accident, on entend 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 (art. 4 LPGA). Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, 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 en question 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; ATF non publié du 22 octobre 2008, 8C\_628/2007).
- b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte la santé. Il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et la référence; ATF non publié du 22 octobre 2008, 8C\_628/2007), au

---

point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (cf. ATF 123 V 98 consid. 3 et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb et les références).

6. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b), au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c), aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d) et aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e).

Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (art. 19 al. 1 LAA a contrario; ATF 116 V 44 consid. 2c; ATFA non publié du 23 mars 2000, U 378/99 consid. 3a et les références).

7. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il 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 (al. 2). L'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas allouée lorsque l'assuré a droit à une indemnité correspondante de l'assurance-invalidité (al. 3).
8. Si, par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), édicté conformément à cette délégation de compétence, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la

capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1<sup>ère</sup> phrase).

9. En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

10. a) En l'espèce, le Tribunal considère que le dossier est suffisamment instruit d'un point de vue médical.

En effet, le dossier contient les avis de deux médecins conseils de l'intimée, de même que le rapport détaillé de la CRR, suite au séjour effectué dans cette clinique du 7 mai au 3 juin 2008.

Le dossier contient encore divers avis du Dr D \_\_\_\_\_, médecin traitant.

Enfin, le recourant a eu la possibilité de faire procéder à une expertise privée qu'il a choisi de confier au CEMed.

Certes, le recourant conteste l'indépendance de l'expert privé, insistant sur le fait qu'il appartient au juge de vérifier l'indépendance de l'expert avant de le nommer.

Ce faisant, le recourant perd de vue que c'est lui-même et son premier conseil qui ont mis sur pied une expertise privée et qui ont choisi l'expert, sans que le Tribunal n'intervienne d'une quelconque manière. Il s'en suit d'ailleurs que l'avis du CEMed n'aura pas la valeur probante d'une expertise judiciaire.

Au demeurant, le recourant n'apporte aucun élément permettant de penser que l'expert privé ne serait pas indépendant des assurances.

En tout état, l'expertise privée confirme le point de vue des autres médecins qui se sont prononcés, notamment les avis des Dr C \_\_\_\_\_, G \_\_\_\_\_ et de la CRR, de sorte que même s'il devait être fait abstraction de l'expertise privée l'état de fait médical serait suffisamment établi.

Le recourant fait aussi valoir que le Dr G \_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'intimé, aurait confondu l'épaule gauche et l'épaule droite, ce qui priverait ledit avis de toute valeur probante. Il n'amène toutefois aucun élément permettant de le penser. Au contraire, le Dr G \_\_\_\_\_ a relevé que les imageries à disposition concernaient l'épaule droite, alors que jusque là, seule des lésions de l'épaule droite avaient été mises en avant. Par la suite, l'expertise du CEMed montrera que le recourant se plaignait des deux épaules. Il n'apparaît ainsi pas que le Dr G \_\_\_\_\_ se soit fourvoyé.

En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite aux demandes du recourant visant à déterminer si le CEMed est suffisamment indépendant, ni de mettre sur pied une expertise judiciaire.

b) Le recourant demande également l'audition en qualité de témoins de collègues de travail, afin d'établir la pénibilité de son activité.

Il s'est toutefois exprimé à ce sujet, sans être contredit par l'intimée et a produit des photographies permettant de comprendre en quoi consiste exactement son activité.

Le dossier est ainsi suffisamment instruit sur ce plan également, de sorte qu'il ne sera pas donné suite à la demande d'ouvertures d'enquêtes du recourant.

11. Sur le fond, le recourant fait grief à l'intimée d'avoir procédé à la clôture du cas et d'avoir mis fin aux prestations d'assurance, soit les indemnités journalières et plus particulièrement les frais de traitement.

Or, l'ensemble des médecins qui se sont prononcés ont considéré que l'état de santé du recourant était suffisamment stabilisé, de sorte que l'on ne pouvait plus attendre d'amélioration d'un traitement médical.

En particulier, à la fin du séjour à la CRR, il a été constaté qu'il ne subsistait qu'une légère gêne en fin d'amplitude et seules des séances de physiothérapies furent prescrites, à l'exclusion d'infiltrations et d'une intervention chirurgicale. Cet avis est intervenu en juin 2008, soit une année avant que ne soit prise la décision du 17 juin 2009.

Ladite décision est par ailleurs intervenue après que, le 29 mai 2009, le médecin traitant du recourant ait considéré que le traitement ne pouvait aller plus loin et qu'il convenait de « liquider ce dossier ».

La décision du 17 juin 2009 est enfin intervenue suite à l'appréciation du médecin d'arrondissement de l'intimé. Certes, le Dr C \_\_\_\_\_ n'a pas revu le recourant, comme il l'avait prévu en mars 2008, mais dans l'intervalle, le recourant a séjourné près d'un mois à la CRR et le Dr C \_\_\_\_\_ disposait de nouvelles imageries médicales. Le dossier contenait ainsi suffisamment d'appréciations médicales fondées sur un examen du recourant. (RAMA 1988 n° U 56, p. 370 ss, consid. 5b et RAMA 4/2001 n° U 438, p345).

Par la suite, tant le Dr G \_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'intimée, que le CEMed ont encore confirmé que le recourant ne présentait plus de séquelle notable de l'accident.

Tout au plus, le Dr F \_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'employeur du recourant, dans un court avis suggéra-t-il la reconsidération de la décision du 17 juin 2009 et un nouvel examen. Il n'indique toutefois pas que l'on pourrait attendre d'un traitement médical une quelconque amélioration.

Ainsi, puisque la décision litigieuse est fondée sur l'avis concordant de l'ensemble des médecins consultés, il sera constaté que c'est à bon droit qu'il a été mis fin aux prestations d'assurances par décision du 17 juin 2009, confirmée par décision sur opposition du 22 octobre 2009.

12. Le recourant conteste également la décision du 17 juin 2009, en ce qu'elle ne lui octroie aucune indemnité pour atteinte à son intégrité.

Comme rappelé ci-dessus, le versement d'une telle indemnité suppose que l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique.

Le Dr C\_\_\_\_\_ s'est prononcé en faveur de l'absence de lésion structurelle susceptible d'aboutir à un dommage permanent. A sa suite, le Dr G\_\_\_\_\_ a confirmé qu'il n'y avait pas d'atteinte notable à l'intégrité qui soit démontrable, ou même probable.

Quant à l'expert privé mandaté par le recourant, il relève que ce dernier souffrait de maux qui n'étaient plus en rapport avec l'accident.

Enfin, ni le Dr D\_\_\_\_\_, ni le Dr F\_\_\_\_\_ ne contredisent l'avis du Dr C\_\_\_\_\_ et du Dr G\_\_\_\_\_ au sujet de l'absence d'atteinte importante et durable.

Dès lors que l'avis de ces derniers a pleine valeur probante au vu des règles de jurisprudence rappelées plus haut, il apparaît que c'est à bon droit qu'aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité n'a été allouée.

La décision du 17 juin 2009 n'est donc pas non plus critiquable sur ce plan.

13. Enfin, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, car il n'aurait pas reçu de projet de décision intitulé « droit d'être entendu ».

Le Tribunal constate toutefois que la procédure prévue par l'art. 52 LPGA a été respectée et que le recourant a eu la possibilité, dont il a d'ailleurs fait usage le 17 juillet 2009, de s'exprimer au sujet de la décision prise à son sujet.

L'on ne discerne ainsi pas en quoi le droit d'être entendu du recourant aurait été violé.

14. Mal fondé, le recours sera ainsi 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

Le Président suppléant

Irène PONCET

Thierry STICHER

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