

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1316/2010

ATAS/807/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 2 août 2010

En la cause

Monsieur B_____, domicilié à VERSOIX, représenté par
WINTERTHUR-ARAG Protection juridique

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur B _____, né en 1962, a été victime d'un accident de la circulation en date du 27 mars 2009. A cette date, il était au bénéfice de l'indemnité de chômage et était, à ce titre, assuré contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA).
2. Le 14 avril 2009, la caisse de chômage a annoncé le sinistre à la SUVA. Elle exposait que le véhicule de l'assuré était entré en collision avec un autre véhicule et qu'un constat à l'amiable avait été dressé. L'épaule gauche avait été atteinte.
3. Le 27 avril 2009, le Dr L _____, de la permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet, a exposé avoir prodigué les premiers soins le 31 mars 2009. L'assuré s'était plaint de douleurs à l'épaule gauche et de cervicalgies. Une IRM cervicale effectuée le 17 avril 2009 a mis en évidence une cervicarthrose étagée. Le médecin traitant a posé le diagnostic posé de « cervicalgie arthroscopique » et a prescrit un traitement antalgique et de la physiothérapie. La capacité de travail était nulle dès le 1^{er} avril 2009.
4. Le 17 juillet 2009, la SUVA a invité le médecin traitant à bien vouloir préciser le diagnostic et à fournir davantage de précisions médicales.
5. Dans un rapport LAA daté du 13 juillet 2009, le Dr L _____ a fait état du diagnostic de « douleur scapulo-humérale épaule gauche + cervicalgie post-traumatique ». Ces lésions étaient selon lui en relation avec l'accident du 27 mars 2009. Les examens radiologiques ont mis en évidence une petite hernie cervicale et une bursite. L'incapacité de travail était entière depuis le 23 avril 2009. Le traitement conservateur (antalgique et physiothérapeutique) devait être poursuivi.
6. Par courrier du 20 juillet 2009, le Dr L _____ a encore précisé à la SUVA que son patient présentait depuis deux ans des pathologies locomotrices. Il avait subi un accident au pied gauche en novembre 2007 et à la main droite en février 2009. Il souffrait de « cervicalgie et péri-scapulo-humérale de l'épaule gauche » suite à l'accident automobile de mars 2009. Ces différents traumatismes avaient déstabilisé l'état général et l'activité de l'assuré, qui était actuellement en arrêt de travail pour douleur chronique et fatigabilité. Une cure thermique de 15 jours était préconisée.
7. Le 22 juillet 2009, le Dr L _____ a retourné à la SUVA une « fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération crânio-cervical », dûment remplie. Il en ressortait que la collision avait été latérale avec un choc à la tête contre l'appui-tête. Le Dr L _____ a fait état de céphalées, des douleurs à la nuque et des vertiges, de même que de troubles de l'audition et de la vue.

8. Le 30 septembre 2009, la SUVA a pris connaissance du rapport de l'IRM lombaire effectuée le 14 septembre 2009, selon lequel l'assuré présentait une lombarthrose intersomatique avec dessiccation discale L3-L4 et hernie foraminale et extraforaminale gauche L3-L4 en conflit avec la racine L3 gauche. Il présentait une surcharge facettaire L3-L4 bilatérale et L4-L5 gauche avec épanchement intra-articulaire.
9. Le 6 octobre 2009, le médecin d'arrondissement de la SUVA a estimé que la situation médicale était claire. S'agissant des cervicalgies et de l'épaule, les effets délétères de l'accident étaient éteints. Quant au rachis lombaire, il n'y avait aucun signe de fracture. La capacité de travail était donc entière.
10. Par décision du 22 octobre 2009, la SUVA a mis un terme au paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux, au motif que l'accident du 27 mars 2009 ne jouait plus aucun rôle dans les troubles présentés par l'assuré. Le versement des prestations était arrêté au 31 octobre 2009.
11. Le 3 novembre 2009, l'assuré a formé opposition à la décision de la SUVA. Il précisait ne pas avoir d'antécédent médical. Le médecin-conseil de l'assureur ne l'ayant pas examiné, il ne comprenait pas comment il avait pu se prononcer sur son cas. Les douleurs persistaient, il avait une grosse difficulté à rester debout et ne pouvait donc pas travailler. Enfin, sa situation financière était aussi difficile.
12. Par courrier du 23 novembre 2009, l'assuré, représenté par WINTERTHUR-ARAG Protection juridique, a complété son opposition. Il a fait valoir que selon son médecin traitant, dont il produisait un rapport daté du 18 novembre 2009, il souffrait depuis l'accident de lombalgie chronique, de gonalgie gauche et de cervicalgie ainsi que d'une douleur à l'épaule gauche. Toutes ces pathologies étaient en relation directe avec l'accident du 27 mars 2009. Il ne comprenait donc pas comment le médecin-conseil de la SUVA pouvait affirmer le contraire, sans l'avoir examiné. Il était manifeste que si l'accident ne s'était pas produit, il n'aurait pas présenté les troubles constatés par le Dr L_____. L'assuré demandait à la SUVA de bien vouloir mettre en place un examen par le médecin-conseil et de prendre en charge un séjour en réhabilitation.
13. Le 3 décembre 2009, les Drs M_____ et N _____, médecins d'arrondissement de la SUVA, ont procédé à une appréciation médicale du dossier. Ces médecins ont observé que l'accident n'avait occasionné aucune lésion directe ou indirecte, susceptible d'aggraver même passagèrement les troubles du rachis lombaire qui étaient, selon les éléments à disposition, apparus secondairement, les rapports initiaux n'en faisant aucune mention. La problématique lombaire, qui avait fait l'objet de divers traitements depuis juin 2009, était à mettre en relation avec une spondylarthrite lombaire indépendante de l'accident, dont la prise en charge ne relevait pas de la SUVA. De plus, l'accident n'avait occasionné aucune lésion

structurelle cervico-scapulaire susceptible d'entraîner des troubles douloureux durables. Il avait tout au plus pu les aggraver passagèrement. Le service du médecin d'arrondissement a ainsi confirmé le bien fondé de l'arrêt des prestations au 31 septembre 2009 (recte : 31 octobre 2009).

14. Dans une appréciation complémentaire en date du 25 février 2010, le médecin d'arrondissement a précisé que s'agissant des gonalgies, le Dr L_____ n'en avait fait mention pour la première fois que sept mois après l'accident. L'accident s'étant déroulé sous forme d'une collision latérale, il était du reste possible d'exclure un contact avec le genou.
15. Par décision du 17 mars 2010, la SUVA a rejeté l'opposition et confirmé l'arrêt des prestations au 31 octobre 2009, les troubles présentés par l'assuré n'étant pas ou plus en relation avec le sinistre assuré. L'assureur-maladie n'avait du reste pas formé opposition à la décision attaquée.
16. En date du 15 avril 2010, l'assuré, représenté par son mandataire, a interjeté recours contre cette décision en concluant à son annulation. Il a contesté l'appréciation médicale du dossier et l'arrêt des prestations au 31 octobre 2009, le statu quo ante vel sine n'ayant pas été atteint à cette date. En présence de lésions du rachis et de cervicalgies, existant de manière dégénérative chez un grand nombre de patients, il était difficile de fixer le statu quo. Le recourant invitait le Tribunal à lui accorder un délai supplémentaire pour produire un certificat du Dr L_____ ainsi qu'à ordonner une expertise judiciaire censée départager les avis divergents du médecin traitant et des médecins de la SUVA.
17. Par courrier du 10 mai 2010, le recourant a produit un rapport du 12 avril 2010 du Dr L_____. Selon le médecin traitant, les examens para-cliniques (arthro-IRM du 23 avril 2009) avaient confirmé « la présence d'une bursite sous acromiale, d'une tendinite du sous-scapulaire et du sous-épineux et atteinte partielle du labrum », ainsi qu'une « atteinte gauche du rachis lombaire avec hernie L3 et surcharge facéttaire (L4-L5) avec épanchement » (IRM du 14 septembre 2009), de même qu'une « atteinte herniaire de type C7 gauche » (IRM cervical du 17 avril 2009). On ne retrouvait pas d'antécédents connus du rachis cervical et lombaire, ainsi que de l'épaule gauche, qui s'étaient manifestés dans les suites immédiates de l'accident du 27 mars 2009. Sur le plan clinique, l'assuré présentait des douleurs rachidiennes diffuses et à son épaule gauche limitant toute activité en station debout prolongée avec port de charge. Selon le recourant, au vu des constatations de son médecin traitant, il y avait lieu de considérer que la position exprimée par le médecin conseil de la SUVA n'avait pas de valeur probante, ce d'autant moins que celui-ci ne l'avait jamais examiné. L'arrêt des prestations n'était donc pas fondé et la mise en place d'une expertise judiciaire paraissait nécessaire.

18. Dans sa réponse du 21 mai 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se référant aux arguments développés dans la décision querellée. En particulier, la SUVA a fait remarquer que le rapport du Dr L. _____ du 12 avril 2010 dressait un bilan de l'état de santé du recourant sans toutefois préciser si les troubles ou plaintes étaient en lien de causalité avec l'accident.
19. Sur ce, 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 ; 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 prescrits par la loi, par devant le Tribunal compétent, le recours formé le 15 avril 2010 contre la décision sur opposition du 17 mars 2010 est recevable (art. 56 et ss LPGA).
3. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 17 mars 2010, à supprimer le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents à partir du 1^{er} novembre 2009.
4. 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.

a) 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 de la causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec

l'accident est établi selon la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3 ; ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2).

b) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident (ATF non publié du 6 septembre 2004, U 149/04, consid. 2.3). Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (cf. ATF non publié du 6 septembre 2004, U 149/04, consid. 2.3 ; RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469 nos 3 et 4; DEBRUNNER/RAMSEIER, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1990, p. 52; MEYER-BLASER, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident.

5. a) Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières fussent réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte (ATF non publié du 6 septembre 2004, U 149/04, consid. 2.3 et la jurisprudence citée). Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses

prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (ATF non publié du 6 septembre 2004, U 149/04, consid. 2.3 et les références). Il y a lieu d'ajouter que l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (ATF non publié du 6 septembre 2004, U 149/04, consid. 2.3 ; RAMA 2000 N° U 363 p. 46, consid. 3a et la référence citée).

b) En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) en se fondant sur le critère de la vraisemblance prépondérante. 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 n. U 341 p. 408 ss., 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. Cela étant, en matière de lésions du rachis cervical par accident de type «*coup du lapin*», de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral, sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337 ss., 117 V 359 consid. 4b p. 360 ss.).

6. a) En l'espèce, il convient d'observer que l'assureur a dans un premier temps servi l'indemnité journalière et pris en charge les traitements médicaux en relation avec les douleurs à l'épaule gauche et les cervicalgies persistantes diagnostiqués après l'accident du 27 mars 2009. Il a ainsi implicitement reconnu un lien de causalité naturelle entre l'accident et ces troubles. Il convient donc de déterminer si, sept mois après l'accident, le lien de causalité est toujours présent.

b) S'agissant en premier lieu de l'accident, il y a lieu de constater qu'il s'est agi d'une collision latérale (cf. fiche remplie par le médecin traitant le 22 juillet 2009) ; la police n'est pas intervenue, un constat à l'amiable ayant été dressé (cf. déclaration de sinistre du 14 avril 2009).

c) En ce qui concerne les soins médicaux, on observera que l'assuré n'a consulté un médecin que quatre jours après l'accident pour des douleurs à l'épaule gauche et des cervicalgies (cf. rapport initial LAA du 27 avril 2009) ; aucune autre plainte n'a été signalée.

Dans son rapport initial du 27 avril 2009, le Dr L_____ a posé le diagnostic de cervicalgie arthroscopique ; il a prescrit un arrêt de travail dès le 1^{er} avril 2009 et a ordonné des traitements conservateurs (antalgique et physiothérapie). Une IRM cervicale effectuée le 17 avril 2009 a mis en évidence une cervicarthrose étagée et une arthro-IRM de l'épaule gauche, en date du 22 avril 2009, a évoqué un épanchement compatible avec des signes de bursite et des signes de rupture partielle à la face articulaire du tendon infra-épineux dans la portion supérieure.

Au mois de juillet 2009, le médecin traitant a exposé que son patient était en arrêt de travail pour douleur chronique et fatigabilité. Il avait présenté une succession de pathologies locomotrices (accident au pied gauche en novembre 2007, accident à la main droite en février 2009 et accident de la circulation en mars 2009) qui avaient déstabilisé son état général. Il prescrivait les traitements conservateurs en relation avec les douleurs à l'épaule et à la colonne cervicale (physiothérapie et antidouleurs) et préconisait une cure thermique.

Une IRM lombaire effectuée le 15 septembre 2009, a notamment mis en évidence une lombarthrose intersomatique avec dessiccation discale L3-L4 et hernie foraminale et extraforaminale gauche L3-L4 en conflit avec la racine L3 gauche.

d) Sur la base de ces éléments, le Dr O_____, médecin d'arrondissement de la SUVA a jugé, en date du 6 octobre 2009, que les effets délétères de l'accident avaient disparu s'agissant des cervicalgies et des douleurs à l'épaule. Quant au rachis lombaire, il n'y avait aucun signe de fracture. Les Drs M_____ et N_____, tous deux médecins d'arrondissement de la SUVA, ont confirmé cette appréciation. Ils ont d'abord précisé que ni la déclaration de sinistre ni les constatations initiales du Dr L_____ ne décrivaient d'impact ou d'atteinte du rachis lombaire chez l'assuré. Il n'était fait état que de douleurs à l'épaule gauche avec cervicalgies. Les investigations radiologiques cervicales avaient permis d'exclure une lésion pouvant être imputée à l'accident ; elles avaient en revanche mis en évidence une cervicarthrose préexistante. Par conséquent, l'accident n'avait pu occasionner aucune lésion structurelle cervicale susceptible d'entraîner des troubles douloureux durables. Il avait pu tout au plus les aggraver passagèrement. Quant à la problématique lombaire, qui n'avait été évoquée pour la première fois que trois mois après l'accident, elle était à mettre en relation avec une spondylarthrite lombaire indépendante de l'accident dont la prise en charge ne relevait pas de la SUVA (appréciation médicale des Drs M_____ et N_____ du 3 décembre 2009).

7. a) Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, notamment du fait que le recourant n'a consulté un médecin que quatre jours après son accident et que l'état radiologique n'a pas mis en évidence de lésions susceptibles d'avoir été provoquées par cet événement, on doit admettre avec les médecins d'arrondissement de la SUVA, que l'accident n'a pas provoqué les troubles dégénératifs à la colonne cervicale mais qu'il a pu en revanche exacerber la symptomatologie douloureuse, de manière transitoire. Le statu quo sine vel ante était ainsi atteint six mois après l'accident, à fin octobre 2009, comme le soutiennent les Drs N _____ et M _____ de manière convaincante, en s'appuyant sur l'ensemble du dossier médical.

b) Cette solution apparaît d'autant plus fondée que le médecin traitant a fait état, au mois de juillet 2009, d'un arrêt de travail complet pour douleur chronique et fatigabilité, imputable selon lui à un état général déstabilisé par les différents traumatismes subis par le recourant. Dans son rapport du 12 avril 2010, il a constaté la présence de douleurs rachidiennes diffuses et à l'épaule gauche limitant selon lui toute activité debout prolongée avec port de charge. Dans aucun de ces deux rapports, le médecin traitant n'a attesté que l'arrêt de travail trouvait son origine dans l'accident du 27 mars 2009, étant rappelé que les douleurs rachidiennes ne sont pas en relation avec l'accident. L'arrêt des prestations au 31 octobre 2009, notamment de la prise en charge des soins médicaux, apparaît ainsi justifié, les derniers traitements conservateurs prodigués ayant consisté en des infiltrations en relation avec les troubles au rachis lombaire, soit des affections sans lien de causalité avec l'accident.

c) Dans ces conditions, l'avis du Dr L _____ n'apparaît pas déterminant. En tant qu'il affirme que l'état général de l'assuré a été déstabilisé par les différents traumatismes subis, dont l'accident du 27 mars 2009, ce médecin semble considérer que l'on ne peut pas exclure que l'accident ait participé aux troubles dégénératifs. Or, il n'est pas contesté que l'accident ait aggravé la symptomatologie douloureuse et qu'il ait pu déclencher transitoirement les troubles dégénératifs, ce que semble affirmer en définitive le Dr L _____. Il apparaît toutefois de l'ensemble des éléments au dossier que le lien de causalité s'est dissolu au plus tard au 31 octobre 2009, ce que le médecin traitant ne parvient pas à infirmer.

d) Il n'y a donc pas de motif de s'écarter des conclusions des Drs O _____, M _____ et N _____. Les médecins d'arrondissement ont en effet établi leurs appréciations sur la base d'une analyse exhaustive du dossier, en se penchant sur les radiographies et les rapports médicaux y figurant. Le grief tiré du fait qu'ils n'aient pas examiné personnellement le recourant doit être écarté, dès lors que, selon la jurisprudence, une expertise médicale établie sur la base d'un dossier a valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

8. En ce qui concerne les douleurs au genou gauche, aucune pièce au dossier ne permet de les mettre en relation avec l'accident à l'instar des troubles au rachis lombaire.

Dans ces conditions, force est de constater que six mois après l'accident, le recourant ne présentait plus de troubles en relation avec l'accident du 27 mars 2009, l'assuré n'ayant au demeurant pas présenté le tableau clinique caractéristique d'un accident de type « coup du lapin », ce que le recourant ne conteste du reste pas, étant rappelé qu'il s'est agi d'une collision latérale.

9. Enfin, le Tribunal considère qu'il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise, comme le réclame à titre subsidiaire le recourant, en l'absence d'avis médicaux convaincants allant à l'encontre de l'avis des médecins d'arrondissement qui se sont prononcés sur le cas (appréciation anticipée des preuves; ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429 et les arrêts cités).
10. Compte tenu de ce qui précède, la décision de la SUVA de supprimer le droit du recourant aux prestations à partir du 1^{er} novembre 2009 doit être confirmée. En tous points mal fondé, le recours ne peut être que 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 : Verena PEDRAZZINI-RIZZI

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