

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1517/2009

ATAS/326/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 25 mars 2010

En la cause

Monsieur N_____, domicilié à CHÂTELAINE

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur N_____ (ci-après : le recourant), né en 1968, marié, et père de quatre enfants, est employé de X_____ Nettoyages & Déménagements (ci-après : l'employeur), en qualité d'ouvrier depuis le 1^{er} janvier 2007. Il est occupé à plein temps, soit 42 heures par semaine pour un salaire mensuel de 4'500 fr. payé treize fois l'an. A ce titre, il est assuré contre les accidents au sens de la LAA auprès de la CAISSE NATIONNALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS – SUVA (ci-après : l'assureur).
2. En 1991, le recourant déclara à l'assureur avoir eu un accident de la circulation en Slovénie pendant ses vacances et, un mois plus tard, avoir fait une chute dans l'escalier et s'être fait mal au dos. L'assureur versa ses prestations jusqu'au 10 janvier 1993, date à partir de laquelle il y fut mis fin en raison du fait que les troubles n'étaient pas objectivés et que le Dr A_____, psychiatre, avait diagnostiqué une sinistrose à la limite de la simulation. Les décisions correspondantes furent confirmées par Arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 3 novembre 1994
3. En 1997, le recourant déclara avoir chuté, suite à un étourdissement en sortant de son véhicule. L'assureur versa des prestations jusqu'au 16 mars 1998, date dès laquelle il y fut mis fin en raison de l'absence de lésion traumatique objectivée.
4. Un scanner crânio-cérébral a été effectué le 27 février 2007 (ladite date a été confirmée par courrier de Y_____ SA du 10 août 2009 sur demande du Tribunal) par le Dr B_____, spécialiste FMH en radiologie et neuroradiologie au sein de Y_____ SA. Cet examen du neurocrâne s'est révélé dans les limites normales, sans pathologie décelable.

Le même jour, le Dr B_____ procéda également à une échographie des coudes laissant apparaître une nette tuméfaction du nerf ulnaire du coude gauche, compatible avec une compression de ce nerf.

Il procéda le lendemain à un scanner de la colonne cervicale qui montra une petite masse de tissus mous en relation étroite avec l'articulation facettaire D1-D2 qui pourrait être un kyste synovial et dont la localisation pourrait expliquer un syndrome radiculaire Th1 du côté gauche. Il était noté que la racine Th1 contribuait au plexus brachiale et cette structure pourrait expliquer en partie la cervico-brachialgie du côté gauche.

Interrogé dans le cadre de la présente procédure par courrier du Tribunal du 28 juillet 2009, Y_____ SA indiqua que ces examens avaient été demandés par le Dr C_____ de la Permanence de Cornavin en raison de douleurs au niveau du coude gauche, d'intenses céphalées et de cervico-brachialgie avec irradiation au

niveau de l'auriculaire de la main gauche accompagnée de paresthésies. Ces examens avaient été facturés en maladie et Y_____ SA n'avait aucun signe d'accident pour le recourant.

5. Le 11 avril 2007, l'employeur annonça à l'assureur que le recourant avait eu un accident le 27 mars 2007. Il avait glissé en arrière, alors qu'il nettoyait un escalier et était tombé sur la tête et le dos.
6. La Permanence médico-chirurgicale de Vermont-Grand-Pré (ci-après : Permanence de Vermont) délivra au recourant un arrêt de travail complet du 28 mars 2007 au 3 avril 2007.
7. Une radiographie de la colonne lombaire pratiquée le 2 avril 2007 par le Dr D_____, radiologue FMH, montra une discrète diminution de hauteur du mur antérieur de L1 compatible avec une lésion traumatique dont l'âge ne pouvait être déterminé. Il montra aussi l'ébauche d'une scoliose lombaire basse à convexité gauche, l'absence de pincement des espaces intersomatiques et l'absence d'olisthésis, et une discrète inégalité de longueur des membres inférieurs en défaveur du membre gauche.
8. Le recourant a subi un nouvel accident le 9 mai 2007 à son domicile. Une pièce en métal est tombée et lui a ouvert le bras.
9. Dans un avis du 6 juin 2007, la Permanence de Vermont, sous la plume du Dr E_____, posa le diagnostic de contusion de la colonne cervico-lombaire due à l'accident. Aucune lésion osseuse n'était visible sur les radiographies. Aucun facteur susceptible d'influencer défavorablement la guérison n'était signalé. Le traitement avait pris fin le 2 avril 2007 et la reprise du travail à temps complet devait avoir lieu le 9 avril 2007.
10. Le 28 septembre 2007, le Dr F_____ adressa un rapport médical à l'assureur. Il posait les diagnostics de contusions multiples cervico-temporal lombaire et de status post-coupure. Il avait constaté une mobilisation de la nuque douloureuse et incomplète, de même qu'une coupure de la main et de l'avant bras gauche. Il attestait d'une incapacité de travail complète dès le 10 avril 2007, date des premiers soins qu'il avait donnés.
11. A l'initiative du Dr F_____, la Dresse G_____, spécialiste FMH en neurologie, procéda à un examen par électromyographie le 25 septembre 2007. Dans son rapport daté du lendemain, elle indique que son examen a révélé une neuropathie sévère de la branche sensitive terminale du nerf radial gauche. Pour le reste, l'examen était normal. Le recourant souffrait également de céphalées cervicogènes à la suite de son accident, pour lesquels un traitement médicamenteux pouvait être envisagé, avec l'accord du cardiologue, vu les antécédents d'infarctus du myocarde.

12. Dans un rapport du 2 novembre 2007 du médecin d'arrondissement de l'assureur, le Dr H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, il était expliqué qu'il persistait une symptomatologie douloureuse au niveau cervico-lombaire, dont l'origine n'avait pas du tout été investiguée. S'agissant du bras gauche, des troubles neurologiques et fonctionnels avaient été identifiés. Un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) était proposé afin de réaliser un bilan multidisciplinaire permettant d'expliquer et de traiter la symptomatologie douloureuse lombaire et d'investiguer et définir des modalités de traitement au niveau du bras.
13. Le recourant fut hospitalisé à la CRR du 4 décembre 2007 au 3 janvier 2008. Selon le rapport de la CRR du 7 février 2008, le diagnostic primaire consistait en des thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1). Les diagnostics secondaires suivants étaient posés : plaie de l'avant-bras le 9 mai 2007 (T 92.0) suturée (Z 98.8) ; neuropathie de la branche sensitive du nerf radial gauche avec axonotmnésis partielle sévère (T 92.4) ; probable réaction algodystrophique du poignet et des deux premiers rayons de la main gauche (M 89.0) ; cervicalgies persistantes non spécifiques (K 54.2) ; et douleurs lombofessières droites persistantes non spécifiques (M 54.4). Les comorbidités suivantes étaient également retenues : trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F 43.22) ; cardiopathie ischémique (I 25.9) ; infarctus aigu du myocarde en janvier 2005 (Z 86.7) ; PTC avec stent sur l'IVA proximale et la coronaire droite le 23 janvier 2005 (Z 98.8) ; Tabagisme actif (F 17.2) ; et hyperlipidémie traitée (E 78.5).

Des rapports de physiothérapie, d'ergothérapie, d'ENMG, de consilium de l'appareil locomoteur (rachis), de consilium psychiatrique, de scintigraphie osseuse triphasique, de radiographie de la colonne cervicale et lombaire et d'ECG y étaient joints.

Il ressort notamment du rapport de l'appareil locomoteur que, s'agissant de la nuque, il y avait une douleur cervicale bilatérale. Seule la rotation gauche était discrètement limitée par la douleur en fin d'amplitude. Les clichés cervicaux étaient normaux et les douleurs avaient un caractère non spécifique car elles ne pouvaient pas s'expliquer par une affection médicale bien codifiée. S'agissant des douleurs lombaires, les clichés actuels et ceux d'avril 2007 montraient de discrètes anomalies, sans signification pathologique. Des troubles lombo-fessiers étaient très fréquents dans les suites immédiates d'une contusion lombofessières mais pouvaient aussi se voir en dehors de tout traumatisme et étaient ainsi peu spécifiques. Ils devaient êtres mis en relation avec un trouble mécanique sans gravité du complexe lombo-pelvi-fémoral.

14. Le 15 avril 2008, le Dr H_____ indiqua que l'incapacité de travail totale du recourant se justifiait en raison de l'accident du 9 mai 2007, mais ne se justifiait pas en raison de l'accident du 27 mars 2007.

15. Le 25 juin 2008, le Dr H_____ examina le recourant, sans toutefois disposer du dossier radiologique, ni du rapport encore indisponible d'une récente IRM. Il expliquait que l'anamnèse des troubles cervico-lombaires remontaient à deux accidents survenus en 1991 et en 1997 (tous deux assurés) et n'avoir pas de renseignements à leur sujet. D'autres investigations étaient prévues au niveau de la colonne cervicale. S'agissant de l'avant-bras gauche, des investigations avaient été réalisées récemment.

Ainsi, selon le Dr H_____, d'autres renseignements étaient nécessaires pour l'appréciation du cas.

16. Selon un rapport d'IRM de l'avant-bras gauche du 24 juin 2007 (reçu par l'assureur le 2 juillet) du Dr I_____, spécialiste FMH en radiologie, il n'y avait pas d'anomalie décelable pouvant expliquer la symptomatologie.

17. Dans un nouvel avis, daté du 24 septembre 2008, le Dr H_____, s'agissant de la lésion de l'avant-bras gauche proposa une réévaluation de la situation par la CRR, la situation lors du séjour à la fin de l'année 2007 n'étant pas stabilisée.

S'agissant de l'accident du 27 mars 2007, le Dr H_____ conclut qu'il était « actuellement temps de considérer que les conséquences délétères de cet accident sont également éteintes ». Il se fondait sur l'issue notamment judiciaire des accidents précédents. Comme dans les suites de l'accident du 27 mars 2007, la symptomatologie avait été de longue durée et aucune lésion traumatique n'avait été identifiée.

18. Par avis du 4 février 2009, le Dr H_____ changea d'avis au sujet de l'accident du 9 mai 2007 concernant l'avant bras. En fonction de nouveaux éléments, il préconisa une appréciation neurologique, au lieu d'un séjour à la CRR.

19. Par décision du 12 février 2009, portant uniquement la référence de l'accident du 27 mars 2007 et ne faisant état que de cet accident, l'assureur mis fin au paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux, avec effet au 31 janvier 2009. De l'avis de son service médical, l'accident du 27 mars 2007 ne jouait plus aucun rôle dans les troubles actuels, qui n'étaient ainsi plus en lien de causalité avec l'accident.

20. Le recourant forma opposition le 5 mars 2009 contre ladite décision. Il expliquait ne pas comprendre pourquoi après 22 mois l'assureur considérait qu'il n'y avait plus de lien de causalité. Il souhaitait savoir d'où provenaient les douleurs actuelles, si ce n'était de l'accident et demandait une expertise auprès du médecin d'arrondissement ou d'un autre médecin. Il concluait à ce que les prestations de l'assureur continuent à lui être allouées.

21. L'assureur maladie forma également opposition le 9 mars 2009. Toutefois, le 25 mars 2009, il retira son opposition indiquant qu'après consultation de son médecin conseil, il estimait la décision litigieuse justifiée.
22. Par décision sur opposition du 31 mars 2009, l'assureur rejeta l'opposition du recourant et retira l'effet suspensif à un éventuel recours. Selon l'appréciation du Dr H_____ du 24 septembre 2008, l'accident du 27 mars 2007 n'avait entraîné qu'une contusion cervico-dorso-lombaire et, comme pour les accidents survenus en 1991 et 1997, la symptomatologie avait été de longue durée alors qu'aucune lésion traumatique n'avait été identifiée. Le recourant n'apportait aucun élément propre à mettre en cause les conclusions du Dr H_____.
23. Par pli remis à la poste le 29 avril 2009 à l'attention du Tribunal cantonal des assurances sociales, le recourant contesta la décision sur opposition du 31 mars 2009, avec laquelle il indiquait ne pas être d'accord. Il indiquait, à nouveau, ne pas comprendre que l'assureur puisse mettre fin aux prestations après 22 mois. L'assureur n'avait pas accepté de mettre sur pied une expertise médicale. Il précisait que ses douleurs actuelles n'avaient rien à voir avec celles consécutives à l'accident survenu en 1991. Il demandait à l'assureur de définir un diagnostic exact ou de le soigner pour ne plus avoir de douleurs.
24. Invité à répondre, l'assureur adressa son écriture au Tribunal le 20 mai 2009. L'assureur se référait à l'examen complet réalisé à la CRR, ainsi qu'à l'avis du Dr H_____. Il fallait par ailleurs constater que le recourant n'apportait aucun indice de nature à mettre en doute les conclusions du Dr H_____.
25. Les parties ont été entendues par le Tribunal le 17 septembre 2009.

A cette occasion, le recourant a indiqué que les examens pratiqués par Y_____ SA en 2007 avaient bien eu lieu le 27 février. Il avait consulté le Dr C_____, qui avait prescrit ces examens, en raison de fourmillements au niveau du crâne. Il était inquiet, car un proche était décédé d'une tumeur au cerveau à la même époque. Le Dr C_____ lui avait prescrit des médicaments et les fourmillements avaient disparu peu après, ceci avant l'accident du 27 mars 2007.

S'agissant des circonstances de l'accident, dont il n'y avait pas eu de témoin, il a expliqué avoir chuté en arrière dans les escaliers, alors qu'il nettoyait ledit escalier. Il était tombé sur les fesses sur un palier entre deux étages et son crâne avait ensuite heurté le sol. Il s'en était suivi des douleurs au bas du dos se propageant en direction des jambes et des maux de tête. Il avait été conduit à la Permanence de Vermont où il avait été reçu par un autre médecin que le Dr C_____. Il a indiqué toujours souffrir des mêmes symptômes, ceci avec la même intensité.

Le recourant demandait qu'un scanner permettant de connaître son état de santé exact soit réalisé, ce que la CRR n'avait pas fait, alors que son médecin généraliste

traitant, le Dr F_____, l'estimait nécessaire. L'avis du Dr H_____ était remis en cause, car la décision litigieuse avait été prise six mois après que ledit médecin l'ait examiné. Le Dr F_____ lui avait indiqué être d'accord avec l'avis de la CRR. Il remit au Tribunal la copie d'un avis du Dr J_____, neurologue FMH, du 8 mai 2009.

Le représentant de la SUVA rappela que la décision litigieuse concernait uniquement l'évènement du 27 mars 2007, à l'exclusion de celui du 9 mai 2007. Les indemnités journalières avaient ainsi continué à être versées en lien avec l'évènement du 9 mai 2007 jusqu'à ce qu'il y soit mis fin par décision à laquelle il avait été fait opposition. L'opposition était en cours d'instruction.

26. Il ressort de l'avis du Dr J_____ produit par le recourant lors de l'audience précitée, qu'après un examen neurologique complété par un ENMG, et compte tenu d'autres examens radiologiques, aucune atteinte significative en relation avec les douleurs cervico-lombaires et les douleurs et les troubles sensitifs du membre inférieur gauche n'était objectivée. Il s'agissait vraisemblablement de rachialgies banales sans évidence de compression radiculaire ou médullaire.

Concernant les douleurs et les troubles sensitivo-moteurs du membre supérieur gauche, le Dr J_____ n'objectivait pas non plus d'atteinte nette du nerf interosseux postérieur susceptible d'expliquer la fonte musculaire au niveau de la face postérieure de l'avant-bras gauche, fonte restant sans explication. En revanche, il retrouvait l'atteinte de la branche sensitive superficielle du nerf radial gauche, laquelle s'expliquait bien par la mécanisme lésionnel. Il n'avait pas l'impression d'une autre atteinte du système nerveux périphérique au niveau du membre supérieur gauche.

Selon le Dr J_____, la reprise d'une activité de nettoyeur serait difficile. Toutefois, dans une activité adaptée ne nécessitant pas d'engagement physique particulièrement lourd ou le port de charge particulièrement important, ou encore l'utilisation répétitive de la force du membre supérieur gauche, la capacité de travail devait être complète.

27. Le Tribunal procéda à l'audition du Dr C_____ le 26 novembre 2009.

Ce dernier indiqua qu'il lui avait été donné connaissance du contenu du dossier du recourant auprès de la Permanence de Vermont par le Dr E_____.

Le Dr C_____ affirma avec certitude que le recourant souffrait de cervicalgies aiguës, d'importantes douleurs à la nuque irradiant au niveau lombaire, et de céphalées intenses avant le 27 mars 2007. Il avait été consulté au début du mois de mars 2007 en raison de ces troubles et avait ouvert un dossier pour un cas de maladie et non pour un cas d'accident. Les douleurs avaient perduré malgré un traitement antalgique, anti-inflammatoire et myorelaxant. Il avait été à nouveau

consulté dans le courant du mois de mars, avant le 27, et avait demandé un scanner cervical ou une IRM, ainsi qu'une échographie du coude, afin de déterminer l'origine des douleurs. Il avait été conclu que les douleurs étaient d'origine neurogène et musculaire.

Le recourant n'avait été reçu que par la suite par un autre médecin de la permanence, suite à une chute qui avait occasionné un arrêt de travail jusqu'au 9 avril 2007. Un second dossier, cette fois-ci pour un accident avait alors été ouvert.

Confronté aux pièces 2 à 4 de la SUVA, soit les rapports des examens pratiqués par Y_____ SA le 27 février 2007, le Dr C_____ a expliqué que ces examens étaient ceux qu'il avait prescrits. Il a indiqué que l'incohérence de date (compte tenu de son affirmation selon laquelle il avait prescrit ces examens dans le courant du mois de mars 2007) résultait probablement d'une mauvaise relecture de son écriture par le Dr E_____ qui l'avait renseigné téléphoniquement. Il s'agissait bien du résultat des examens qu'il avait demandés, ce que les mentions figurant sous la rubrique « clinique » lui permettaient de vérifier.

28. Interrogé par le Tribunal à la suite de l'audition du Dr C_____, le recourant contesta les déclarations dudit médecin. Il demanda l'apport des deux dossiers médicaux le concernant de la Permanence de Vermont et renonça à l'audition de tout autre médecin.

Le représentant de la SUVA considéra que le dossier était en état d'être jugé après communication des deux dossiers de la Permanence de Vermont.

29. Selon le dossier « maladie » de la Permanence de Vermont, dont l'apport a été ordonné, et qui n'est qu'en partie déchiffrable, les examens pratiqués par Y_____ à la demande du Dr C_____ faisaient suite à une consultation du mois de février 2007 (le jour de la consultation n'apparaît pas). D'autres consultations ont encore eu lieu les 27 février, 2 mars 2007, puis encore un jour (qui n'apparaît pas non plus) du mois de mars 2007. Les mentions apparaissant à la date de la première consultation en février 2007 confirment les dires du Dr C_____ quant aux plaintes du recourant ayant motivé la consultation.
30. Les dossiers de la Permanence de Vermont dont l'apport avait été ordonné furent transmis aux parties, lesquelles furent invitées à se déterminer par écrit.
31. Tandis que le recourant ne déposa aucune observation dans le délai imparti, la SUVA indiqua par courrier du 2 février 2010 persister dans ses conclusions. Elle relevait que l'instruction menée par le Tribunal ne permettait pas d'admettre que la décision querellée lésait les droits du recourant.
32. Sur quoi, la cause fut gardée à juger.

EN DROIT

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

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 29 avril 2009, le recours contre la décision sur opposition de l'intimée du 31 mars 2009 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA).

Pour le surplus, la procédure doit être simple (art. 61 lit a LPGA), de sorte que même si l'acte de recours est quelque peu sommaire, il est recevable, puisque l'on comprend que le recourant conteste le bien fondé de la décision sur opposition du 31 mars 2009.

4. Le litige porte sur le droit aux prestations d'assurance, singulièrement la prise en charge des frais médicaux et l'indemnité journalière au-delà du 31 janvier 2009. En particulier il convient de déterminer si les affections actuelles du recourant restent en lien de causalité avec l'accident du 27 mars 2007. En revanche, dès lors que la décision entreprise ne porte pas sur les suites de l'accident du 9 avril 2009, la présente procédure ne porte pas sur cette question.
5. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, 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. 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 sv.; 117 V 359 consid. 4b p. 360 sv.). La jurisprudence a posé récemment diverses exigences sur les mesures d'instruction nécessaires de ce point de vue. Elle a considéré, en particulier, qu'une expertise pluridisciplinaire est indiquée si l'état de santé de l'assuré ne présente ou ne laisse pas espérer d'amélioration notable relativement rapidement après l'accident, c'est-à-dire dans un délai d'environ six mois (ATF 134 V 109 consid. 9 p. 122 ss). (ATF 134 V 109 consid. 9 p. 122 ss).

6. En l'espèce, le Tribunal constate que le recourant souffrait déjà de cervicalgies aiguës, d'importantes douleurs à la nuque irradiant au niveau lombaire, et de céphalées intenses avant l'accident du 27 mars 2007. Cette affirmation du Dr C_____ entendu en qualité de témoin a pu être vérifiée par l'apport des dossiers médicaux de la Permanence de Vermont et se trouve confirmée par la date des examens pratiqués par Y_____ SA le 27 février 2007. Il convient ainsi de tenir ce fait pour établi.

S'ajoute à cela que les lésions dont souffre le recourant ne sont pas objectivables, ce que relève notamment le Dr J_____ dans son avis du 8 mai 2009, avis auquel le recourant s'est lui-même référé lors de l'audience du 17 septembre 2009.

Aucun médecin ne fait état d'un tableau clinique typique d'un traumatisme analogue à un traumatisme de type « coup du lapin » ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique. Au contraire les médecins de la CRR mentionnent des troubles non spécifiques.

Enfin, dans un avis du 6 juin 2007, le Dr E_____, précisait qu'il n'y avait aucun facteur susceptible d'influencer défavorablement la guérison de la contusion dont souffrait le recourant de sorte que la reprise avait été prévue pour le 9 avril 2007.

Dans ces conditions, il convient de retenir l'absence de lien de causalité naturelle entre les troubles du recourant et l'accident du 27 mars 2007. Cette seule circonstance conduit à admettre que c'est à bon droit que la SUVA a mis fin à ses prestations s'agissant de l'évènement du 27 mars 2007.

7. 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); 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

Isabelle CASTILLO

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