

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/430/2009

ATAS/1399/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 5 novembre 2009

En la cause

Monsieur T_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Nils DE DARDEL

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Maria GOMEZ et Evelyne BOUCHAARA , Ju-
ges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur T_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1956, a travaillé à plein temps en tant que documentaliste à l'Eglise protestante du 2 juillet 2007 au 3 juillet 2008 dans le cadre des mesures cantonales de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE). À ce titre, il était couvert contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt; ci-après : SUVA).
2. Le 29 mai 2008, l'OCE a communiqué à la SUVA une déclaration de sinistre dont il ressort qu'en date du 27 mars 2008, l'assuré, en voulant déplacer un lourd carton, a tiré sur un pan de ce dernier qui s'est déchiré, ce qui a provoqué sa chute en arrière et une lésion des ischions gauches ; l'assuré était en arrêt de travail depuis le 2 avril 2008.
3. Le 2 juin 2008, la SUVA a demandé à l'assuré de préciser ce qui s'était produit entre le 27 mars et le 2 avril 2008, quelle avait été l'évolution des douleurs, s'il était à nouveau capable de travailler, si le traitement médical était terminé ou, si tel n'était pas le cas, quand aurait lieu la prochaine consultation.
4. Le 13 juin 2008, le Dr A_____, généraliste FMH, a précisé avoir examiné le patient pour la première fois en date du 15 mai 2008. Ce dernier lui avait alors expliqué qu'il avait chuté sur les fesses. Le médecin avait constaté des douleurs à l'ischion. Sous la rubrique « diagnostic », il avait indiqué : « contusion ? ». Il n'avait pas conclu à une incapacité de travail.
5. Le 18 juin 2008, l'assuré a répondu à la SUVA qu'il ressentait des douleurs du côté gauche, du bassin jusqu'au genou, au pied droit et au pouce. Il a expliqué avoir consulté en premier lieu le Dr A_____ et a allégué être incapable de travailler. La prochaine consultation était prévue pour le 19 juin 2008.
6. Interrogé par la SUVA, le Dr A_____ a précisé, dans un rapport établi le 1^{er} juillet 2008, que l'assuré avait subi une contusion, voire une distorsion, lors de l'accident du 27 mars 2008 et qu'il était suivi par le Dr B_____, chirurgien-orthopédiste FMH.
7. Interrogé à son tour, ce dernier, dans un rapport du 15 juillet 2008, a retenu le diagnostic de contusion lombaire et de la fesse gauche, précisant que l'évolution était lentement favorable. Il a confirmé qu'il n'y avait pas d'arrêt de travail.
8. Le 10 août 2008, l'assuré a souligné que, depuis l'accident, il souffrait de douleurs violentes partant du muscle fessier gauche et irradiant jusqu'à la nuque. Son genou gauche était également affecté par la douleur et le muscle de sa cuisse gauche était en tension quasi permanente alors que son pied gauche (recte : droit), tordu lors de

l'accident, était également douloureux. Il a précisé que si le Dr A _____ ne lui avait pas délivré de certificat d'incapacité de travail, c'est qu'il était parti en vacances. L'assuré a en outre produit un bon de physiothérapie établi le 7 juillet 2008 par le Dr B _____ et faisant état de lombosciatalgie non déficitaire gauche ainsi que d'un canal étroit.

9. Le 1^{er} octobre 2008, l'assuré a consulté la permanence de l'Hôpital de la Tour. Il se plaignait de l'apparition, la veille, pendant une heure, de paresthésies péri-buccales gauches et au niveau de toute la main gauche. Le médecin a diagnostiqué des paresthésies péri-orales gauches et de la main gauche sur hyperventilation et état anxieux. Il n'a pas conclu à un arrêt de travail.
10. Le 3 octobre 2008, la SUVA, relevant qu'aucun des médecins consultés n'avait prescrit un arrêt de travail pour les suites accidentelles et que tous les certificats médicaux en sa possession avaient été établis pour maladie, a conseillé à l'assuré de s'adresser à son assurance-maladie perte de gain.
11. Le 7 octobre 2008, l'Hôpital de la Tour a transmis à la SUVA un rapport établi le 24 mars 2008 après radiographies de colonne lombaire, concluant notamment à une absence de fracture ou de tassement identifiable, ainsi qu'un second rapport, établi le 22 avril 2008 après IRM du rachis lombaire, mettant en évidence un canal étroit constitutionnel ainsi qu'une discrète arthrose postérieure en L4-L5 et L5-S1.
12. Le 29 octobre 2008, le Dr A _____ a précisé que l'assuré était en traitement chez lui depuis février 2008 pour cause de maladie, qu'il l'avait consulté le 1^{er} avril 2008 pour une exacerbation des symptômes de maladie et qu'il l'avait mis au bénéfice d'un arrêt de travail pour cette raison. Le patient l'avait informé de son accident du 27 mars 2008 en date du 15 mai 2008. Le Dr A _____ a émis l'avis que les symptômes et l'anamnèse permettaient d'envisager que le patient était en incapacité de travail à 100% en raison de l'accident. Il a ajouté que si l'intéressé l'avait informé de l'évènement plus tôt, il l'aurait immédiatement mis au bénéfice d'un arrêt de travail pour accident. S'il n'avait pas jugé bon d'émettre un certificat d'arrêt de travail rétroactif pour l'accident, c'est que son patient était déjà au bénéfice d'un arrêt pour maladie. Le médecin a conclu que l'accident pouvait être à l'origine d'une incapacité de travail de durée indéterminée et ce, indépendamment d'un arrêt de travail pour maladie.
13. Le 13 novembre 2008, l'assuré a été auditionné par une inspectrice de la SUVA. A cette occasion, il a indiqué n'avoir auparavant jamais été victime d'accidents ayant laissé des séquelles appréciables ; à l'âge de 16 ans, il s'était blessé à la nuque mais avait guéri sans suite.

Il a expliqué qu'en février 2008, il était sous traitement pour une grippe et suivi à la même époque par le Dr A _____ pour des problèmes psychiques et une gêne respiratoire. Selon lui, le certificat d'arrêt de travail pour maladie qui lui a été déli-

vré concernait en réalité les troubles dorsaux consécutifs à l'accident du 27 mars 2008 ; il n'avait pas été mis en arrêt de travail pour des troubles psychiques avant le 1^{er} mai 2008.

Lors de l'accident du 27 mars 2008, il avait voulu déplacer trois cartons et s'était accroupi pour tirer sur le pan du dernier carton qui se trouvait par terre. Le pan ayant cédé, il avait basculé vers l'arrière, ce qui avait provoqué une lourde chute sur la fesse gauche, avec torsion du pied droit. Lors de la chute, il avait senti comme une décharge électrique le long de la colonne, irradiant jusqu'à la tête. Les jours suivants, il avait ressenti une forte douleur à la fesse gauche et au pied droit. Le 2 avril 2008, devant la persistance des douleurs, il avait décidé de consulter le Dr A_____ qui lui avait alors donné rendez-vous le 8 avril 2008. Lors de cette consultation, le médecin traitant lui avait prescrit un arrêt total de travail et avait demandé une imagerie par résonance magnétique (IRM), laquelle avait été pratiquée le 22 avril 2008. Au moment de cet examen, il avait toujours mal au pied droit ainsi qu'à la fesse gauche; cette douleur irradiait jusque dans sa nuque. Au vu de la persistance des douleurs, le Dr A_____ l'avait adressé à un spécialiste, le Dr B_____, qui l'avait examiné le 7 juillet 2008.

Entretemps, le 16 mai 2008, il avait consulté pour des troubles psychiques la Dresse C_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, qui l'avait mis en arrêt de travail à 100% dès le 1^{er} mai 2008.

Il avait toujours mal au pied droit ainsi qu'à la fesse gauche, plus particulièrement au muscle fessier gauche et cette douleur irradiait dans la jambe gauche jusqu'au genou. Parfois, il ressentait également une ankylose du bras gauche avec fourmillements dans la main gauche.

Il était toujours en arrêt de travail, aussi bien pour ses troubles psychique que pour les troubles liés à l'accident du 27 mars 2008.

14. Dans son appréciation du 2 décembre 2008, le Dr D_____, chirurgien FMH et médecin d'arrondissement de la SUVA, a estimé tout à fait raisonnable de considérer que les conséquences délétères de la contusion lombaire, au vu des faits accidentels, s'étaient éteintes au plus tard six mois après l'événement du 27 mars 2008.
15. Le 4 décembre 2008, la SUVA a rendu une décision aux termes de laquelle elle a accepté d'allouer à l'assuré des indemnités journalières du 30 mars au 8 décembre 2008, date à compter de laquelle, conformément à l'avis du médecin d'arrondissement, les troubles résiduels ne pouvaient plus être considérés comme en relation de causalité avec l'accident.
16. Le 2 janvier 2009, l'assuré a formé opposition à ladite décision au motif que cette dernière reposait sur le jugement de valeur du médecin d'arrondissement dont il a fait remarquer qu'il ne l'avait même pas examiné. Au surplus, l'assuré a reproché à

la SUVA d'avoir failli à son obligation d'information et d'instruction, alléguant qu'elle aurait dû pallier au défaut de certificat médical dû à l'incurie du Dr A_____ en le faisant examiner par un tiers.

17. Par décision du 21 janvier 2009, la SUVA a confirmé celle du 4 décembre 2008. Se référant à des précédents jurisprudentiels, elle a rappelé que, selon la doctrine médicale, une simple contusion ou distorsion vertébrale cesse de produire ses effets après quelques mois. La SUVA a considéré qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions de son médecin d'arrondissement puisqu'elles étaient corroborées par la doctrine médicale entérinée par la jurisprudence. Enfin, elle a rappelé que cette dernière reconnaissait la valeur probante d'appréciations faites sur la base du seul dossier médical, sans examen personnel de l'assuré.
18. Par écriture du 10 février 2009, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant à ce que l'intimée soit condamnée à poursuivre la prise en charge au-delà du 7 décembre 2008.
19. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 5 mars 2009, a conclu au rejet du recours. Elle soutient que le recourant n'apporte aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions du Dr D_____, conclusions au demeurant conformes à la doctrine médicale entérinée par la jurisprudence en matière de contusions lombaires.
20. Dans sa réplique du 30 avril 2009, le recourant a produit deux rapports radiologiques datés des 12 novembre 2008 et 26 mars 2009, un rapport établi le 3 avril 2009 par le Dr E_____, neurochirurgien FMH, un rapport de sa physiothérapeute daté du 6 avril 2009 et un rapport de son ostéopathe daté du 8 avril 2009. Selon lui, ces documents démontrent que ses douleurs à la fesse gauche sont bien réelles et sont imputables à l'accident puisqu'avant ce dernier, il n'a jamais souffert.
21. Le 6 mai 2009, le Tribunal de céans a communiqué cette écriture et ses annexes à l'intimée.

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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est ap-

plicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants, notamment l'événement accidentel, sont postérieurs à son entrée en vigueur (ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition date du 21 janvier 2009 de sorte que le recours du 10 février 2009 a été formé en temps utile (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est donc recevable (art. 56ss LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à des prestations de la part de l'intimée au-delà du 7 décembre 2008, plus particulièrement sur le lien de causalité entre les troubles qui sont les siens et l'accident du 27 mars 2008.
5. 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. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler 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). Il s'éteint également si l'incapacité de travail subsiste, mais qu'elle n'est plus en relation de causalité avec une atteinte à la santé d'origine accidentelle (ATFA non publié U 193/03 du 8 octobre 2004, consid. 3). Le droit à l'indemnité suppose, cumulativement, l'existence d'un lien de causalité naturelle (ATF 129 V 181 consid. 3.1 et les références) et adéquate (ATF 129 V 181 consid. 3.2 et la référence) entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé. Le point de savoir si et dans quelle mesure une atteinte à la santé imputable à un accident a causé effectivement une incapacité de travail (ou de gain) donnant droit à des prestations, doit être tranché selon la règle de la vraisemblance prépondérante, usuelle en droit des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b).
6. 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. 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 pré-

pondérante, 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 181 consid. 3.1 et ATF 118 V 289 consid. 1b et les références).

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 à la santé. 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 129 V 181 consid. 405 consid. 2.2 et ATF 125 V 461 consid. 5a 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 et ATF 117 V 364 consid. 5d/bb; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 2^{ème} éd., n. 80 p. 865).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF U 355/98 du 9 septembre 1999, consid. 2 et la référence, publié in RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références p. 264). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATF non publié U 359/04 du 20 décembre 2005, consid. 2 et les références).

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'ins-

truction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 158 consid. 1b; ATFA non publié U 345/03 du 13 octobre 2004, consid. 3.2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, 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. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee).

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).

-
8. En l'espèce, le Dr F _____ a estimé, dans son rapport du 2 décembre 2008, qu'il était tout à fait raisonnable de considérer, s'agissant d'une contusion lombaire, que le statu quo sine avait été atteint, au plus tard, six mois après l'événement du 27 mars 2008. L'analyse du médecin d'arrondissement, certes succincte, se fonde sur un dossier médical comprenant tous les éléments déterminants utiles à la résolution de la question du lien de causalité. En effet, le médecin s'est basé sur les divers rapports du Dr A _____ des 13 juin, 1^{er} juillet et 29 octobre 2008 ainsi que sur celui du Dr B _____ du 15 juillet 2008. Ces médecins sont unanimes à poser un diagnostic de contusion étant précisé que, dans ses rapports du 13 juin et du 1^{er} juillet 2008, le Dr A _____ a envisagé la possibilité d'une distorsion mais que l'examen du Dr B _____ n'a pas confirmé ce diagnostic. Le médecin de la SUVA a également pris en compte la description par le recourant de l'événement du 27 mars 2008, l'évolution de ses plaintes relatées dans le rapport d'enquête du 13 novembre 2008, les radiographies de la colonne lombaire du 14 mars 2008 ainsi que l'IRM du rachis lombaire du 22 avril 2008, qui n'ont révélé aucune lésion traumatique.

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour admettre un lien de causalité naturelle, mais doivent être confirmées par des observations médicales concluantes (entière ou partielle; ATFA non publié I 600/03 du 30 novembre 2004, consid. 3.2). Or, dans le cas du recourant, aucun signe clinique n'est susceptible d'établir clairement les éventuelles séquelles actuelles, ce qui confirme les conclusions du Dr D _____. De plus, ces dernières sont conformes à la jurisprudence du Tribunal fédéral et à la littérature médicale selon lesquelles le genre de traumatisme subi par le recourant (contusion lombaire) cesse de produire ses effets quelques semaines (trois; ATFA non publié U 65/04 du 1^{er} février 2005, consid. 4.3) voire, au plus, quelques mois (six en général) après la survenance de l'événement accidentel (ATFA non publiés U 483/00 du 9 juillet 2001 consid. 4c et les arrêts cités notamment U 401/00 du 6 juin 2001 et U 199/00 du 29 décembre 2000). Par ailleurs, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident est prouvée seulement lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (RAMA 2000 n° U 363, p. 46 consid. 3a et les références). Or, les divers documents médicaux contenus dans le dossier ne permettent pas de mettre en évidence de telles lésions, pas plus que les deux rapports radiologiques du 12 novembre 2008 (radiographies de la colonne lombaire) et du 26 mars 2009 (IRM lombaire) ou le rapport du Dr E _____ du 3 avril 2009. Au contraire, dans ce dernier rapport, le neurochirurgien précise que l'IRM lombaire du 26 mars 2009 révèle uniquement un canal lombaire peu large de naissance, mais pas de fracture vertébrale, ni de hernie discale, ni de compression neurologique quelconque.

En définitive, il n'y a donc pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr D_____ dans la mesure où, ainsi que cela a été dit, le médecin s'est appuyé, pour les rendre, sur l'ensemble des pièces médicales, y compris le dossier radiologique, qu'il s'est au surplus exprimé sur le lien de causalité naturelle et que ses explications sur la description et l'appréciation des interférences médicales sont suffisantes pour évaluer la situation du recourant, de sorte que ses conclusions répondent en tous points aux exigences permettant de leur reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352; ATF non publié U 300/06 du 22 juin 2007, consid. 6.1).

On ajoutera qu'au regard de la jurisprudence (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 345 consid. 3d), le Dr D_____ pouvait renoncer à examiner l'assuré personnellement puisque le dossier de ce dernier comportait suffisamment de rapports médicaux établis sur la base d'examen cliniques. Au demeurant, un tel examen n'aurait pas été déterminant puisque le litige ne porte pas sur la nature des lésions - le médecin d'arrondissement ne contestant pas les diagnostics posés - mais bien plutôt sur le lien de causalité naturelle entre celles-ci et l'accident du 27 mars 2008 (ATF non publié U 211/05 du 11 avril 2006, consid. 4.1).

9. Quant à l'opinion du Dr A_____, elle ne permet pas, au degré de la vraisemblance prépondérante requise, d'aboutir à la conclusion que le lien de causalité naturelle perdure pour les troubles actuels. En effet, dans son rapport du 29 octobre 2008, le médecin traitant a indiqué que l'accident pouvait être à l'origine d'une incapacité de travail pour une durée indéterminée, considérant ainsi que le rapport de causalité était possible, ce qui est insuffisant en droit des assurances sociales qui exige que le lien de causalité entre l'accident et le dommage soit au moins probable (ATF 129 V 181 consid. 3.1). De plus, le médecin n'a avancé aucun élément d'ordre médical susceptible d'appuyer cette thèse. Or, les seuls troubles objectivés sont l'existence d'un canal lombaire étroit congénital et d'une atteinte à la santé psychique dont on peut exclure qu'elle soit, au regard du caractère banal de l'accident, en relation de causalité avec l'événement du 27 mars 2008.

Au demeurant, selon les précisions apportées par le Dr A_____ dans son rapport du 29 octobre 2008, ce n'est que le 15 mai 2008 que le recourant l'a informé de l'origine accidentelle à ses douleurs à la fesse gauche et dans le membre inférieur gauche. Même si on peut admettre que le recourant ait attendu quelques jours avant de consulter un médecin parce qu'il pensait que les douleurs s'estomperaient sans traitement, on ne comprend en revanche pas pourquoi, lorsqu'il a consulté le Dr A_____ au début avril 2008, il n'a pas d'emblée mentionné l'événement du 27 mars 2008 mais attendu un mois et demi pour ce faire. C'est le lieu de rappeler que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c).

S'agissant des rapports de la physiothérapeute et de l'ostéopathe que le recourant a produits avec sa réplique, ils émanent de thérapeutes qui ne sont pas médecins et ils ne sont pas propres à mettre en doute la fiabilité des conclusions du Dr D _____ auxquelles il convient de s'en tenir (ATF non publié 8C_60/2008 du 6 août 2008, consid. 4).

Enfin, s'agissant de l'argument selon lequel le rapport de causalité entre les troubles et l'accident doit être reconnu au motif que le recourant n'a jamais souffert de douleurs à la fesse gauche avant l'accident, il convient de relever que cela constitue un raisonnement fondé sur le principe « post hoc, ergo propter hoc », lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). En effet, 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 événement; 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 (ATFA non publié U 580/06 du 30 novembre 2007, consid. 3.2).

Eu égard aux considérations qui précèdent, l'intimée était en droit de nier dès le 8 décembre 2008, soit plus de huit mois après l'événement du 27 mars 2008, tout lien de causalité naturelle entre la contusion dorsale et l'accident.

10. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**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

Yaël BENZ

Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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