

200.2019.421.LAA

N° réf.:

BCE/REN

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 14 septembre 2020

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente

M. Moeckli et C. Tissot, juges

C. Wagnon-Berger, greffière

A. _____
représenté par Me B. _____

recourant

contre

Suva

Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents

Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6004 Lucerne

représentée par Me C. _____

intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 16 avril 2019



En fait:

A.

A. _____, né en 1986, travaille depuis le 1^{er} mai 2018 en qualité d'ingénieur au sein d'une entreprise à responsabilité limitée (Sàrl) dont il est associé et président des gérants. A ce titre, il est assuré par son employeur auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: Suva ou l'intimée). Par déclaration d'accident-bagatelle du 15 août 2018, l'assuré, par son employeur, a annoncé à la Suva qu'il avait subi un accident (non-professionnel) de voiture le 10 août 2018 lors duquel son véhicule avait été percuté à l'arrière par une voiture et lui ayant occasionné des contusions au cou, aux vertèbres lombaires et aux bras. Aucune incapacité de travail n'a été attestée médicalement à la suite de l'événement en question. En novembre 2018, alors qu'il s'entraînait sur une machine de fitness (rameur), l'intéressé s'est bloqué le dos, ce qui a provoqué une incapacité de travail à 100% entre le 9 et le 21 novembre 2018. Les imageries par résonance magnétique (IRM) effectuées le 14 novembre 2018 ont révélé une atteinte à la colonne vertébrale lombaire comprenant deux hernies discales (L3/4 et L4/5). Le cas a été pris en charge par la Suva.

B.

Le 4 mars 2019, se fondant essentiellement sur une prise de position de son médecin d'arrondissement datée du même jour, la Suva a mis fin au versement des prestations à partir du 10 mars 2019, au motif que les troubles subsistants n'étaient plus dus à l'accident, tout en retirant l'effet suspensif à une éventuelle opposition. Suite à l'opposition formée le 4 avril 2019 par l'assuré, représenté par un mandataire professionnel, la Suva, après avoir obtenu une nouvelle appréciation médicale de son médecin d'arrondissement, a confirmé son prononcé initial par décision sur opposition du 16 avril 2019.

C.

Le 28 mai 2019, l'assuré, par l'intermédiaire d'un nouveau mandataire professionnel, a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant à son annulation et, principalement, à la reprise du versement des prestations d'assurance avec effet rétroactif au 10 mars 2019, subsidiairement, au renvoi à la Suva pour instruction complémentaire au moyen d'une expertise médicale neutre, le tout sous suite des frais et dépens. Dans son mémoire de réponse du 14 août 2019, l'intimée, représentée par un mandataire professionnel, a conclu au rejet du recours. Le 28 août 2019, le représentant du recourant a présenté sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 16 avril 2019 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision de cessation des prestations au 10 mars 2019, rendue par l'intimée en date du 4 mars 2019. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et la poursuite du droit aux prestations au-delà du 10 mars 2019 et, subsidiairement, au renvoi à la Suva pour instruction médicale complémentaire. Est en particulier litigieuse la question du lien de causalité naturelle entre l'accident survenu le 10 août 2018 et les troubles dont a souffert ou souffre encore le recourant au-delà du 10 mars 2019.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1] et art. 15 et

74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision sur opposition contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1, 2012 UV n° 2 c. 3.1).

2.2 Tout événement est une cause au sens de la causalité naturelle, lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; SVR 2019 IV n° 9 c. 3.1; TF 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 c. 5.1). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il suffit que l'accident en question représente une cause partielle d'une atteinte à la santé déterminée (ATF 134 V 109 c. 9.5, 123 V 43 c. 2b; SVR 2009 UV n° 3 c. 8.3).

2.3 Si un accident aggrave ou même révèle une prédisposition malade, l'assureur-accidents peut refuser ses prestations uniquement si l'accident ne représente pas la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, à savoir lorsque cette dernière ne procède plus que, et exclusivement, de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas si l'assuré recouvre un état (maladif) de santé soit tel qu'il existait juste avant l'accident (*statu quo ante*), soit tel qu'il serait advenu tôt ou tard, fatalement, en fonction de l'évolution de la prédisposition malade (*statu quo sine*; ATF 146 V 51 c. 5.1). De même qu'en ce qui concerne l'existence du lien de causalité naturelle à la base de l'obligation de prestations, la cessation de l'influence causale des origines accidentelles d'une atteinte à la santé doit être établie avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'une disparition totale des effets d'un accident ne suffit pas. Comme il s'agit là d'un fait susceptible de supprimer le droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe – contrairement à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle fondant l'obligation de prêter – non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (ATF 146 V 51 c. 5.1).

2.4 En droit de l'assurance-accidents, il est un fait médicalement avéré que pratiquement toutes les hernies discales apparaissent en présence de modifications dégénératives des disques intervertébraux et ne résultent qu'exceptionnellement et dans des conditions particulières d'événements accidentels. Pour qu'une hernie discale puisse être considérée comme étant due principalement à un accident, il faut que l'accident ait été d'une gravité particulière, qu'il ait été à même de provoquer une lésion d'un disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) soient apparus sans délai après l'accident, provoquant aussi immédiatement une incapacité de travail. Dans de tels cas, l'assureur-accidents est, d'après la jurisprudence également, tenu de prendre à sa charge les rechutes et les éventuelles opérations qui s'ensuivent (SVR 2009 UV n° 1 c. 2.3). Si la hernie discale n'a été qu'activée par le traumatisme sur un substrat dégénératif préexistant, et non pas causée par l'accident lui-même, l'assurance-accidents n'est tenue de prendre en charge que les conséquences du syndrome douloureux en rapport immédiat avec l'accident subi. D'après l'état actuel des

connaissances médicales, le statu quo sine en cas de lombalgies et lomboischialgies post-traumatiques est en général atteint trois ou quatre mois après l'accident, tandis qu'une éventuelle aggravation doit être établie radiologiquement et se démarquer de l'évolution usuelle due à l'âge. Une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant cliniquement stable de la colonne vertébrale doit être en général considérée comme terminée après six à neuf mois, mais au plus tard après un an (SVR 2009 UV n° 1 c. 2.3.1 et 2.3.2).

2.5 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 L'intimée, en s'appuyant sur les rapports de son médecin d'arrondissement du 4 mars et 12 avril 2019 ainsi que sur la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), a considéré dans sa décision sur opposition litigieuse que l'accident du 10 août 2018 avait tout au plus aggravé de manière passagère l'état maladif rachidien préexistant et cessé de déployer ses effets après six mois. Selon elle, des investigations supplémentaires seraient inutiles. Par son mémoire de réponse du 14 août 2019, l'intimée a en substance maintenu ses arguments tout en confirmant la valeur probante du rapport médical établi par son médecin d'arrondissement.

3.2 Par le biais de son recours, l'assuré a principalement fait valoir que l'appréciation médicale du médecin d'arrondissement se fondait sur une fausse constatation des faits quant aux circonstances de l'accident. Ainsi, selon lui, au vu de la violence de l'accident et de la jurisprudence du TF, la durée de six mois invoquée par l'intimée pour considérer que l'accident a cessé de déployer ses effets n'est pas justifiée et ce, d'autant plus au vu

des douleurs encore endurées. De l'avis du recourant, une expertise médicale neutre est donc indispensable pour déterminer l'influence exacte de l'accident sur les hernies discales.

4.

Il ressort du dossier les éléments médicaux principaux suivants:

4.1 Des radiographies de la colonne cervicale et lombaire ont été réalisées dans un hôpital cantonal dans lequel l'assuré a été transféré à la suite de l'accident de circulation du 10 août 2018. Les résultats ont été consignés dans un rapport du 13 août 2018, lequel ne fait état d'aucune lésion traumatique.

4.2 Le recourant a fait l'objet d'un examen IRM en date du 14 novembre 2018. Dans le rapport daté du même jour y relatif, le médecin en charge de l'examen a mis en avant une hernie discale paramédiane gauche (niveau L3/4) avec légère impression du sac dural et déviation de la racine nerveuse L4 ainsi qu'une petite hernie discale (au niveau L4/5) légèrement pondérée à gauche avec irritation possible de la racine nerveuse L5 gauche.

4.3 Il ressort d'un rapport du 15 novembre 2018 d'un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur que l'assuré souffre d'une douleur lomboradiculaire très prononcée et très persistante sur le côté L3/4 gauche, avec une hernie discale relativement petite sur le côté gauche, qui comprime la racine L4 gauche (dos. intimée 17/2). Le spécialiste a recommandé une cortisostomie temporaire par voie orale ainsi qu'une prise en charge par de la physiothérapie pour un exercice isométrique doux et un entraînement à la posture du dos. Enfin, le spécialiste a informé le recourant quant à la possibilité d'une infiltration périurale L3/4.

4.4 Dans un rapport du 27 novembre 2018 à l'attention de la Suva, le médecin généraliste traitant du recourant a posé le diagnostic de hernie

discale L3/4 gauche et a attesté d'une incapacité de travail entre le 9 et le 21 novembre 2018.

4.5 Le médecin-assistant de l'hôpital cantonal dans lequel l'assuré a été hospitalisé à la suite de l'accident du 10 août 2018 a rédigé un rapport le 19 décembre 2018 adressé à la Suva. Selon celui-ci, les radios n'ont pas mis en évidence de lésion post-traumatique cervicale ni lombaire. Les diagnostics de contusions cervicale et lombaire ont été posées.

4.6 Dans un écrit du 4 mars 2019, le médecin d'arrondissement de la Suva a retenu que les troubles dorsaux de l'assuré étaient imputables à l'événement du 10 août 2018 au moins au degré de la vraisemblance mais que la santé de ce dernier au niveau du dos était déjà altérée avant l'accident de manière asymptotique ou de manière manifeste. S'appuyant sur les radiographies et l'IRM au dossier, le spécialiste en médecine interne et médecine intensive de l'intimée a constaté que l'accident n'avait pas causé d'autres lésions structurelles pouvant être objectivées. Il a donc conclu que les suites de l'accident ne jouaient plus de rôle après un délai de six mois.

4.7 Suite à l'opposition du recourant contre la décision du 4 mars 2019, l'intimée a une nouvelle fois soumis le cas à son médecin d'arrondissement qui a rendu un rapport le 12 avril 2019. Se fondant principalement sur les radiographies réalisées le 10 août 2018 et l'examen IRM du 14 novembre 2018, le spécialiste en médecine interne générale et médecine intensive a retenu que l'événement du 10 août 2018 avait occasionné une contusion rachidienne qui n'avait toutefois généré aucune lésion structurelle du rachis telle une déchirure ligamentaire ou une fracture osseuse. En revanche et sur la base des mêmes documents médicaux, le médecin a observé des atteintes maladiques et dégénératives à type de chondrose avec discopathie étagée lombaire et hernies discales paramédianes gauche des segments L3/4 et L4/5 qui, selon le médecin, ont pu être aggravées de manière passagère, voir révélées par l'événement du 10 août 2018. Par ailleurs, le spécialiste a considéré que le recourant ne présentait aucun des trois critères qui aurait permis de reconnaître l'atteinte intervertébrale de type herniaire comme étant d'origine traumatique. Sur cette base, il a conclu que l'événement du 10 août 2018 avait pu aggraver l'état maladif rachidien

préexistant et possiblement asymptomatique de manière passagère et a considéré que ledit événement avait cessé de déployer ses effets six mois après sa survenance.

5.

5.1 Il s'agit tout d'abord d'examiner la valeur probante du rapport du médecin d'arrondissement daté du 12 avril 2019, sur lequel s'est fondée la Suva pour rendre la décision sur opposition attaquée.

5.2 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a). Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

5.3 En l'occurrence, avant d'établir ses rapports des 4 mars et 12 avril 2019, le médecin d'arrondissement de l'intimée a demandé le 8 janvier

2019 que le dossier soit complété tant au niveau des faits (faits retenus pour l'événement du 10 août 2018) que sur le plan médical (en particulier concernant les diagnostics retenus, les traitements effectués ou encore la description des symptômes en lien avec l'événement du 10 août 2018). Par ailleurs, dans sa prise de position du 12 avril 2019, le médecin d'arrondissement a pris en compte l'ensemble des éléments essentiels au dossier et le contexte médical et de faits (en particulier concernant le déroulement de l'accident) a été clairement décrit. Sur le fond, il a examiné minutieusement les critères reconnus scientifiquement permettant d'admettre que l'atteinte discale au niveau lombaire était en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement initial (dos. intimée 40/3) et a admis que le premier critère, à savoir la présence d'un mécanisme accidentel à haute énergie, était rempli. En l'occurrence, il est incontesté que le recourant était au volant de sa voiture à l'arrêt lorsque celle-ci a été emboutie par l'arrière (sur la gauche) par un autre véhicule. Bien que la vitesse à laquelle circulait la voiture responsable de l'accident ne figure pas dans le rapport d'accident du 18 novembre 2018 (PJ 4 recours du 26 mai 2019), elle ressort de certains actes médicaux au dossier (60 à 70km/h; voir notamment dos. intimée 22/1 et 24/1) ainsi que des déclarations de l'intéressé lors d'un entretien personnel avec l'intimée (dos. intimée 26/1). Le médecin d'arrondissement s'est appuyé sur ces indications pour rendre son rapport du 12 avril 2019 (voir dos. intimée 40/1). On ne saurait retenir, sur la seule base de déclarations de l'assuré dans son recours (voir recours du 28 mai 2019 p. 6), soit plusieurs mois après les faits et sans que cela n'ait jamais été contesté par ce dernier, que la vitesse du véhicule présumé responsable était supérieure à celle retenue par le médecin d'arrondissement, d'autant plus qu'aucun élément au dossier ne donne d'indice dans ce sens. Quoi qu'il en soit, une vitesse de 60 à 70 km/h telle que retenue par le médecin d'arrondissement est déjà considérable. Toutefois, les blessures subies par les deux occupants de la voiture, soit le recourant et son épouse, ne revêtent pas une gravité particulière (en particulier, absence de lésion traumatique chez le recourant; dos. intimée 24/1) et démontrent que les forces qui se sont développées lors de la survenance de l'accident, certes non négligeables, ne représentent pas un mécanisme accidentel adéquat, soit à haute énergie. Cette appréciation est d'autant plus convaincante au vu des

exemples cités par le médecin d'arrondissement, à savoir une chute d'une hauteur considérable ou collision à très haute énergie comme dans les accidents de moto à haute cinétique induisant une hyperflexion ou une hyperextension forcée du rachis (voir dos. intimée 40/3), puisque ceux-ci développent une force majeure sur la colonne vertébrale, ce qui n'a de toute évidence pas été le cas dans l'accident litigieux. Par ailleurs et comme l'a relevé à juste titre le médecin d'arrondissement, les symptômes caractéristiques neurologiques radiculaires ou médullaires ne sont pas apparus immédiatement (soit dans les secondes ou minutes après le traumatisme) mais seulement trois mois après l'événement du 10 août 2018. En effet, à l'exception de contusions, aucun symptôme typique de telles atteintes du rachis n'a été rapporté dans la déclaration d'accident pas plus qu'une incapacité de travail n'a été attestée médicalement, de sorte que c'est de façon pleinement probante que le médecin d'arrondissement a exclu le second critère. Quant au troisième et dernier critère, soit l'absence de toute atteinte rachidienne dégénérative antérieure à l'événement, c'est en s'appuyant à raison sur l'examen IRM du 14 novembre 2018, lequel a mis en avant deux hernies discales (voir c. 4.2 ci-dessus), que le spécialiste l'a écarté. Force est donc d'admettre que c'est de façon convaincante et en se basant sur des constatations médicales complètes que le médecin d'arrondissement a examiné les différents critères, en a conclu que ceux-ci n'étaient pas remplis et qu'il a par conséquent retenu que l'accident de voiture du 10 août 2018 avait tout au plus aggravé de manière passagère l'état maladif rachidien préexistant.

5.4 En outre, le recourant n'a déposé aucun rapport médical propre à remettre en cause la pertinence médicale des conclusions du médecin d'arrondissement quant à l'analyse de ce dernier sur les différents critères susmentionnés (voir c. 5.3 ci-dessus). A cet égard et contrairement à ce que soutient l'assuré, le rapport médical du 19 décembre 2018 ne se prononce pas sur le caractère causal des constatations objectives avec l'événement du 10 août 2018. Ledit document a tout au plus mentionné qu'aucune lésion post-traumatique [ni] cervicale ni lombaire n'avait été constatée. Le recourant ne peut non plus être suivi lorsqu'il met en relation les hernies discales observées à gauche avec l'impact, également à gauche, de la voiture présumée responsable au moment de l'accident

litigieux et qu'il en conclu que l'accident du 10 août 2018 serait la cause naturelle des troubles endurés. Une telle interprétation n'est étayée par aucun rapport médical et ne saurait remettre en question l'avis convaincant du médecin d'arrondissement. Ainsi, au vu de la prise de position du médecin d'arrondissement, pleinement probante et l'absence d'élément objectif permettant de remettre en cause celle-ci, la mise en place d'une expertise médicale n'est pas justifiée.

5.5 Quant au grief du recourant formulé à l'encontre de la durée de six mois retenue par le médecin d'arrondissement pour considérer que l'accident a cessé de déployer des effets, il ne résiste pas à l'examen. En effet, comme cela résulte de ce qui précède (voir c. 2.4 ci-dessus), la jurisprudence a indiqué que le statu quo sine en cas de lombalgies post-traumatiques était en général recouvré trois ou quatre mois après l'accident et qu'une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant cliniquement stable de la colonne vertébrale doit être en général considérée comme terminée après six à neuf mois, mais au plus tard après un an (SVR 2009 UV n° 1 c. 2.3.1 et 2.3.2, voir aussi TF U 354/04 du 11 avril 2005 c. 2.2 avec références médicales). En fixant la durée de la prise en charge à six mois, le médecin d'arrondissement a évalué la situation conformément à l'expérience médicale décrite dans la jurisprudence et il s'est appuyé pour ce faire sur les éléments médicaux au dossier. A ce titre, non seulement l'événement du 10 août 2018 n'a pas été d'une gravité particulière (voir c. 5.3 ci-dessus) mais l'état maladif rachidien préexistant n'était, au vu des rapports médicaux, que peu marqué dans la mesure où l'une des hernies discales mises en avant par l'examen IRM du 14 novembre 2018 a été qualifiée de "petite" par un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (voir c. 4.3 ci-dessus). S'agissant de l'évolution des troubles, malgré la présence de douleurs encore régulières et un traitement sous la forme notamment d'infiltrations à la cortisone (voir recours du 26 mai 2019), il semble que depuis janvier 2019, une légère amélioration ait été constatée par le recourant (dos. intimée 26/1). Au vu de ces éléments, l'appréciation du médecin d'arrondissement qui a fixé la durée de la prise en charge à six mois, n'est pas critiquable.

5.6 Comme l'a relevé l'intimée dans son mémoire de réponse du 14 août 2019, l'argument du recourant selon lequel ce dernier n'aurait jamais souffert de douleurs lombaires jusqu'au moment de l'accident du 10 août 2018, ne lui est d'aucun secours. Il convient en effet de rappeler que le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient 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" pas déterminant: ATF 119 V 335 c. 2b/bb; SVR 2016 UV n° 24 c. 7.2). En d'autres termes, le simple fait que les douleurs liées aux hernies discales préexistantes soient apparues après le choc du 10 août 2018 et que l'atteinte se soit révélée à ce moment-là ne permettent pas d'établir un tel lien, à tout le moins pas de façon durable.

5.7 Il résulte de ce qui précède, qu'au vu de l'examen méticuleux et détaillé du médecin d'arrondissement dans sa prise de position du 12 avril 2019, les conclusions de celui-ci, qui considèrent que l'événement du 10 août 2018 a aggravé l'état maladif rachidien préexistant et possiblement asymptomatique de manière passagère (six mois), apparaissent comme étant convaincantes et fondées. C'est donc à raison que la Suva s'est appuyée sur cette appréciation médicale pour juger de l'état de santé du recourant, de sorte qu'aucune violation du devoir d'instruction ne saurait lui être reprochée par le fait de ne pas avoir ordonné la mise en place d'une expertise médicale. Ainsi, la Suva a établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident du 10 août 2018 ne constitue qu'une cause révélatrice de l'atteinte à la santé d'origine malade du recourant et que cet accident, à tout le moins dès le 10 mars 2019, n'est plus la cause naturelle de la symptomatologie douloureuse persistante évoquée par le recourant, le statu quo sine étant atteint à ce moment-là. C'est donc à bon droit que l'intimée a mis fin aux prestations, avec effet dès le 10 mars 2019, la prise en charge des soins et les indemnités journalières versées jusqu'à cette date l'ayant été sans réduction, conformément à l'art. 36 al. 1 LAA.

6.

Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

6.1 En vertu de l'art. 61 let. a LPGA, il n'est pas perçu de frais pour la procédure de recours.

6.2 Il n'y a lieu d'allouer de dépens ni au recourant qui n'obtient pas gain de cause ni à l'intimée. L'octroi de dépens à un assureur pratiquant l'assurance-accidents obligatoire rendrait en effet le principe de la gratuité illusoire (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant, par son mandataire,
 - à l'intimée,
 - à D. _____,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

La présidente:

La greffière:
e.r. J. Desy, greffier

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).