

200.2020.732.LAA
N° AVS
BEP/REN

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

Jugement du 25 mai 2021

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
Ph. Berberat, greffier

A. _____
recourant

contre

Suva
Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6004 Lucerne
intimée

relatif à une décision sur opposition rendue par cette dernière le 20 août
2020



En fait:

A.

A. _____, né en 1971, domicilié en France, a travaillé, sous contrat de durée déterminée, pour le compte d'une agence de placement de personnel du 9 octobre au 8 décembre 2017 en tant que serveur de restaurant. A ce titre, il était assuré par son employeur auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva). Le 8 décembre 2017, l'assuré a communiqué à son employeur une formule de déclaration d'accident de l'administration française indiquant qu'il avait subi un accident le 30 novembre 2017, s'étant fait mal au dos (nerf sciatique) en soulevant des fûts de bière et en changeant une roue crevée à sa voiture sur le parking de son lieu de travail. En date du 7 août 2019, l'employeur de l'assuré a fait parvenir à la Suva une déclaration de sinistre selon la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20) relative à l'événement du 30 novembre 2017. Par courrier du 8 août 2019, la Suva a informé l'assuré qu'elle considérait qu'il n'y avait pas eu d'accident au sens de l'art. 4 LAA et lui conseillait de déclarer son cas à son assurance-maladie.

B.

A la suite des objections formulées le 4 septembre 2019 par l'assuré et des rapports médicaux produits par ce dernier, la Suva a soumis le cas à un de ses médecins d'arrondissement, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. Sur la base d'une prise de position de ce dernier émise le 30 septembre 2019, la Suva, par décision formelle du 2 octobre 2019, a refusé d'allouer à l'assuré les prestations d'assurance sollicitées, considérant que les troubles allégués n'étaient liés ni à un accident, ni à une lésion assimilée à un accident. Le 2 novembre 2019, l'assuré a contesté ladite décision. Après un entretien organisé le 15 janvier 2020 au siège de Berne de la Suva et une nouvelle prise de position du médecin d'arrondissement du 23 mars 2020, la Suva, par décision en reconsidération du 30 mars 2020, a admis la prise en charge des

conséquences de l'accident du 30 novembre 2017 pour une période limitée au 26 septembre 2018, considérant que l'état de santé de l'assuré tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint le 26 septembre 2018 au plus tard. Dans sa décision sur opposition rendue le 20 août 2020, la Suva, après avoir recueilli un rapport établi le 26 mai 2020 par un autre de ses médecins d'arrondissement spécialiste en chirurgie orthopédique, a rejeté l'opposition contre cette décision, formée en date du 12 mai 2020 par l'assuré, représenté par une avocate.

C.

Par acte du 21 septembre, complété le 24 septembre 2020, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Il conclut principalement à son annulation et subsidiairement au renvoi du dossier à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire. Dans son mémoire de réponse du 19 octobre 2020, la Suva conclut au rejet du recours. Après avoir encore adressé au TA, le 22 octobre 2020, un échange de courriels entre sa médecin et son ancienne avocate, par réplique du 6 novembre, complétée le 30 novembre 2020, le recourant a confirmé ses conclusions et fait valoir au surplus la prise en charge par l'intimée de factures médicales concernant un deuxième accident survenu le 25 juillet 2019. Dans son ordonnance du 2 décembre 2020, la juge instructrice a précisé notamment que dans la mesure où le recourant semblait aussi vouloir retenir des conclusions relatives à un litige lié au règlement du deuxième accident du 25 juillet 2019, ces conclusions étaient irrecevables dans la présente procédure, car allant au-delà de l'objet du litige, circonscrit au contenu de la décision sur opposition du 20 août 2020. Dans sa duplique du 23 décembre 2020, l'intimée a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 20 août 2020 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision du 30 mars 2020 par laquelle la Suva a admis la prise en charge des conséquences de l'accident du 30 novembre 2017 jusqu'au 26 septembre 2018. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition, la poursuite du droit aux prestations au-delà du 26 septembre 2018 et, subsidiairement, au renvoi du dossier à la Suva pour instruction médicale complémentaire. Est en particulier litigieuse la question du lien de causalité naturelle entre l'accident survenu le 30 novembre 2017 et les troubles dont a souffert ou souffre encore le recourant au-delà du 26 septembre 2018. Pour le surplus, à l'instar des précisions exposées par la juge instructrice dans son ordonnance du 2 décembre 2020, les griefs invoqués par le recourant concernant la prise en charge des conséquences d'un deuxième accident survenu le 23 juillet 2018 et ayant provoqué des lésions à une épaule s'avèrent irrecevables dans la présente procédure de recours de droit administratif. En effet, en procédure de recours de droit administratif, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 131 V 164 c. 2.1; SVR 2011 UV n° 4 c. 2.1); or en l'occurrence, la décision sur opposition contestée n'avait nullement pour objet les conséquences du deuxième accident du 23 juillet 2018, mais se limitait à la question de la prise en charge de l'événement du 30 novembre 2017.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, 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. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la

procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]), sous réserve des considérations ci-dessus (c. 1.1).

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 LPG; 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 LAA). Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPG). L'assurance-accidents 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 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 ses médecins d'arrondissement des 23 mars et 26 mai 2020 ainsi que sur la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), a considéré dans sa décision sur opposition litigieuse que l'accident du 30 novembre 2017, consistant dans le fait d'avoir soulevé une charge telle que des fûts de bière et d'avoir changé une roue, activité sans énergie cinétique importante même si le recourant avait eu de la difficulté à desserrer les boulons, n'impliquait pas des mécanismes pouvant engendrer une hernie discale. Elle a estimé que l'accident avait pu certes aggraver de manière passagère la pathologie de l'assuré, enflammant la région incriminée avec une irritation de la racine L5/S1, mais que l'on devait admettre, à l'instar de ce qu'avait soutenu le

médecin d'arrondissement dans son rapport du 26 mai 2020, qu'il avait cessé de produire ses effets délétères au 26 septembre 2018 au plus tard.

3.2 Le recourant fait pour sa part principalement valoir que son état n'est pas stabilisé et qu'il s'est même dégradé en lien avec l'accident du 30 novembre 2017. Il précise que cet accident a d'abord produit des douleurs au pied qui ont irradié dans la jambe, puis dans le dos, tant au niveau des fesses qu'au niveau lombaire, qu'il a constamment des douleurs quand il marche, ne peut plus sauter, ressent encore aujourd'hui des fourmillements, dort mal et souffre malgré les infiltrations qu'il a reçues. Il conteste le caractère probant de l'appréciation médicale des deux médecins d'arrondissement de la Suva et invoque que celle-ci n'a pas suffisamment instruit la cause, les deux médecins d'arrondissement n'ayant pas effectué d'examen personnel ni pris contact avec ses médecins traitants, ni motivé leur avis par rapport aux circonstances concrètes.

4.

Il ressort du dossier les éléments médicaux suivants:

4.1 Dans une attestation non datée, un médecin généraliste a certifié avoir examiné le recourant en date du 21 mars 2018 et constaté qu'il présentait une importante hernie discale L5/S1 droite avec sciatalgie invalidante.

4.2 Les rapports des 13 avril et 26 juin 2018 du spécialiste en neurochirurgie et chirurgie de la douleur consulté par l'assuré indiquent qu'après l'accident en cause, il a présenté une installation progressive d'une lombosciatalgie S1 droite pour laquelle il a bénéficié d'un traitement antalgique et anti-inflammatoire corticoïde, sans infiltration. Dans son rapport du 13 avril 2018, le spécialiste relève en substance la présence d'un syndrome rachidien très modéré avec une douleur à la palpation paravertébrale du côté droit et une hypoesthésie thermoalgique S1 à droite, de même que le fait que l'examen par résonance magnétique (IRM) effectué le 21 mars 2018 révèle une hernie discale postéro-latérale L5/S1 à droite. Dans le rapport du 26 juin 2018, le spécialiste constate que son

patient a bénéficié le 14 juin 2018 d'une infiltration scano-guidée qui a bien amélioré la situation, qu'il n'y a pas de déficit moteur, mais que le patient se plaint toujours d'une sensation d'engourdissement à la face latérale du pied qui mettra plusieurs semaines ou mois à régresser, sachant qu'une hypoesthésie dans le territoire S1 séquellaire pourrait subsister.

4.3 Dans une brève prise de position du 23 mars 2020, un médecin d'arrondissement de la Suva spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie estime que la relation de causalité est pour le moins probable entre les troubles présentés par l'assuré et le fait d'avoir soulevé une charge le 30 novembre 2017. Il ne relève pas d'antécédent de lombosciatique chez l'assuré et déclare que l'événement consistant à changer une roue, activité sans énergie cinétique, n'a pas pu provoquer la hernie discale mais qu'il l'a seulement mise en évidence. Au vu du rapport médical détaillé précité du 26 août 2018 du spécialiste en neurochirurgie et chirurgie de la douleur consulté par l'assuré, il conclut que l'état de santé de ce dernier était en voie de stabilisation à cette date et l'a été définitivement un mois plus tard après une nouvelle infiltration, soit le 26 septembre 2018, date à laquelle il retient que le statu quo sine a été atteint.

4.4 Dans un rapport du 11 mai 2020, un autre spécialiste en chirurgie orthopédique consulté par le recourant diagnostique un status après contusion de la colonne vertébrale lombaire le 30 novembre 2011, une lomboischialgie à droite avec protrusion discale L5/S1, des douleurs à l'épaule droite après une fracture, le 30 juillet 2019, du tuberculum major, ainsi qu'une infection HIV sous traitement. Dans son évaluation, le spécialiste indique que le patient souffre depuis l'accident du 30 novembre 2017 de lomboischialgies à droite, qui ont été traitées avec succès par des infiltrations de stéroïdes à plusieurs reprises, et qu'au vu du résultat du dernier examen par IRM ne révélant pas de modification notable, il a entrepris le même jour une nouvelle infiltration dans l'espoir d'une stabilisation de la situation. Il précise encore qu'une telle infiltration peut être répétée en cas de besoin en tout temps.

4.5 Suite à l'opposition du recourant contre la décision du 30 mars 2020, l'intimée a soumis le cas à un second médecin d'arrondissement

spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a rendu un rapport de synthèse le 26 mai 2020. Il y relate en détail l'évolution de l'état de santé du recourant sur la base des avis médicaux figurant au dossier. Dans son appréciation, il constate sur le plan objectif une irritation radiculaire L5/S1 à droite sans trouble neurologique moteur ou sphinctérien et une importante hernie discale exclue migrée, en cours de kystisation L5/S1 laminant la racine droite, avec œdème de celle-ci. Concernant les troubles du rachis lombaire, en particulier la hernie discale, il relève sur la base du dossier médical que l'anamnèse montre l'apparition de douleurs à la suite d'un déplacement de fûts de bière le 30 novembre 2017, s'étant aggravées au cours de la soirée alors que le recourant était en train de changer un pneu crevé avec une roue dont les boulons de serrage étaient grippés. Le médecin d'arrondissement est d'avis que ces descriptions ne sont pas susceptibles de créer une hernie discale traumatique selon les critères applicables, du fait de l'absence de traumatisme déclencheur reconnu, ce dernier devant consister dans un traumatisme majeur comme une chute de plusieurs mètres ou une décélération apportant un mécanisme combiné de compression externe; à cet égard, il souligne qu'une chute de sa propre hauteur, par exemple, ne peut en aucun cas être considérée comme un traumatisme initial adéquat. Le spécialiste poursuit en considérant que le mécanisme lésionnel déclaré des faits est comparable avec une chute de l'assuré de sa propre hauteur au maximum, et que le fait d'avoir soulevé une charge et de changer une roue ne représentent pas un mécanisme pouvant engendrer une lésion telle qu'une hernie discale, mais que l'on peut retenir que l'événement en question avait enflammé la région incriminée, entraînant un effet de masse avec une irritation de la racine L5/S1, qui avait par ailleurs bien réagi aux différentes mesures thérapeutiques conservatrices entreprises. Il conclut que l'on peut admettre que l'événement déclaré du 30 novembre 2017 s'était manifesté par la symptomatologie décrite, soit des lombosciatalgies L5/S1 non déficitaires à droite, à la suite de fausses manœuvres en force, et qu'il avait fini de déployer ses effets au 26 septembre 2018 après la dernière infiltration. Il ajoute que la présence de la hernie discale L5/S1 a été une découverte fortuite, qui était présente avant l'événement, celui-ci n'ayant pas pu générer une telle lésion, même s'il a pu engendrer l'irritation inflammatoire de la racine L5/S1 de manière symptomatique.

5.

Il s'agit d'examiner la valeur probante du rapport du médecin d'arrondissement du 26 mai 2020, sur lequel la Suva s'est fondée pour rendre la décision sur opposition contestée.

5.1 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).

5.2 D'emblée, il est permis de relever que le recourant, à juste titre, n'allègue pas que les conditions permettant exceptionnellement de retenir qu'une hernie discale est principalement due à un accident seraient remplies (voir c. 2.4 ci-dessus et TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 c. 3.3 et références). En effet, en retenant la version des faits du recourant s'agissant de l'accident survenu le 30 novembre 2017, tel que l'a fait le médecin d'arrondissement dans son rapport du 26 mai 2020, on ne peut

pas considérer qu'il s'agit d'un accident d'une gravité particulière. Le recourant ne le prétend d'ailleurs pas. Aucune lésion structurelle de type fracture, aucune commotion cérébrale ou perte de connaissance n'a été diagnostiquée ou invoquée, si bien que l'on peut exclure que les lésions lombaires en cause soient principalement dues à l'accident assuré.

5.3 En outre, aucun élément médical au dossier ne vient contredire l'appréciation du 26 mai 2020 du médecin d'arrondissement de la Suva. Les rapports précités des médecins consultés par le recourant (voir ci-dessus c. 4.1, 4.2 et 4.4) ne se prononcent pas sur le caractère causal de l'accident du 30 novembre 2017 avec leurs constatations médicales objectives. Par ailleurs, contrairement à ce qu'invoque le recourant, le rapport du 20 octobre 2020 de sa nouvelle généraliste traitante, produit à l'appui de sa réplique du 6 novembre 2011, n'est pas non plus en mesure d'influer sur l'issue de la présente procédure. En effet, la praticienne indique elle-même qu'elle se base sur les rapports des anciens médecins de son patient, puisqu'elle ne connaissait pas celui-ci à l'époque des faits, ne l'ayant vu pour la première fois que le 6 avril 2020; cela étant, elle déclare qu'il présente des douleurs lombaires persistantes sur une hernie discale droite L5/S1 qui a été découverte suite à son accident du 30 novembre 2011, lors d'une IRM faite le 21 mars 2018, et qu'il semble que les symptômes sont dus à l'accident étant donné leur apparition au même moment. Il s'agit là d'une appréciation laconique et conditionnelle, motivée uniquement par un renvoi au rapport du 13 avril 2018 du spécialiste en neurochirurgie et chirurgie de la douleur consulté par l'assuré (voir ci-dessus c. 4.2); or ce dernier ne se prononce pas expressément sur la cause des troubles lombaires de son patient. Il décrit uniquement que celui-ci est amené à faire de nombreux trajets en voiture et à porter des charges lourdes et qu'en décembre 2017, après un changement de pneu crevé, il a présenté l'installation progressive d'une lombosciatique. Contrairement à ce que soutient le recourant, il faut donc reconnaître qu'aucun avis médical au dossier n'établit le caractère causal de l'accident du 30 novembre 2017 face aux troubles lombaires ressentis. Ainsi, au vu du rapport du médecin d'arrondissement du 26 mai 2020, qui remplit pleinement les conditions posées par la jurisprudence pour lui accorder une entière valeur probante, et compte tenu de l'absence d'élément objectif

permettant de remettre en cause celle-ci, le renvoi de la cause à l'intimée en vue d'une instruction médicale supplémentaire s'avère superflu et la conclusion subsidiaire du recourant doit être rejetée.

5.4 Enfin, l'argument du recourant selon lequel il n'avait pas d'antécédents médicaux relatifs à une hernie ou lombalgie ou toute autre problématique de santé liée au pied ou au dos avant l'accident du 30 novembre 2017, 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 à la hernie discale préexistante soient apparues après l'événement du 30 novembre 2017 et que l'atteinte se soit révélée à ce moment-là ne permet pas d'établir un tel lien, à tout le moins pas de façon durable.

5.5 S'agissant de la durée de la prise en charge du cas par l'intimée, comme déjà relevé plus haut (voir ci-dessus c. 2.4), la jurisprudence a considéré que le statu quo sine en cas de lombalgies post-traumatiques était en général recouvert 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 jusqu'au 26 septembre 2018, soit près de dix mois après l'accident, les deux médecins d'arrondissement de la Suva appelés à se pencher sur le cas ont évalué la situation conformément à l'expérience médicale décrite dans la jurisprudence et ils se sont appuyés pour ce faire sur les éléments médicaux au dossier. Au vu de ces éléments, l'appréciation des deux médecins d'arrondissement n'est pas critiquable.

5.6 Il résulte de ce qui précède qu'au vu de l'examen méticuleux et détaillé du médecin d'arrondissement dans son rapport du 26 mai 2020, les conclusions de celui-ci, qui corroborent l'avis donné succinctement par son confrère le 23 mars 2020 et qui considèrent que l'événement du

30 novembre 2017 s'est certes manifesté par la symptomatique de lombosciatalgies L5/S1, mais que la découverte de la hernie discale au même endroit a été fortuite, cette hernie ayant déjà existé avant l'événement, 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 dans la décision sur opposition contestée, de sorte qu'aucune violation du devoir d'instruction ne saurait lui être reprochée par le fait de ne pas avoir procédé à des investigations médicales plus poussées. Ainsi, la Suva a établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident du 30 novembre 2017 ne constitue qu'une cause révélatrice de l'atteinte à la santé lombaire d'origine malade du recourant et que cet accident, à tout le moins dès le 27 septembre 2018, 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 à ses prestations avec effet au 26 septembre 2018.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, dans la mesure où il est recevable.

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

6.3 Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (même pas sous la forme d'une indemnité de partie) 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, dans la mesure où il est recevable.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

La présidente:

Le 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).