

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1828/2023

ATAS/146/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 mars 2024

Chambre 4

En la cause

Monsieur A_____

recourant

représenté par ASSUAS - Association suisse des assurés

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN
CAS D'ACCIDENTS**

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Antonio Massimo DI TULLIO et
Larissa ROBINSON-MOSER, juges assesseur·e·s**

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1965, travaille depuis le 1^{er} juin 2001 en tant que maître d'atelier pour les établissements publics pour l'intégration (ci-après : les ÉPI).

b. À ce titre, il est assuré auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée) contre le risque d'accident, professionnel ou non.

B. a. Le 20 septembre 2021, l'assuré a consulté la docteure B_____, médecin auprès de la Clinique et permanence C_____. Selon le rapport initial de ce médecin daté du 14 janvier 2022, le 17 septembre 2021, après le repas, l'assuré s'était levé de sa chaise et avait ressenti un blocage lombaire, sans irradiation dans les membres inférieurs. Le diagnostic de lombalgie mécanique a été posé. Du repos, des antalgies, des anti-inflammatoires et des décontractants musculaires ont été prescrits à l'assuré et un arrêt de travail à 100% lui a été délivré du 20 au 24 septembre 2021.

b. Fin octobre-début novembre, l'assuré a consulté le docteur D_____, généraliste FMH, en raison de lombalgies. Selon le rapport de celui-ci, daté du 8 novembre 2021, en septembre 2021, l'assuré avait présenté des lombalgies non spécifiques en se levant d'une chaise. L'épisode actuel était identique mais moins long qu'en septembre. Les diagnostics étaient ceux de lombalgie non spécifique, syndrome angulaire de l'omoplate et trouble du sommeil.

c. Le 18 novembre 2021, l'assuré a consulté l'unité d'urgences ambulatoires des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Selon l'anamnèse, l'assuré avait présenté un lumbago deux mois auparavant suite à un faux mouvement en se relevant. Il avait consulté à la permanence C_____, où un traitement médicamenteux et un arrêt de travail lui avaient été prescrits, étant précisé que l'arrêt de travail avait permis une amélioration partielle. Par la suite, l'assuré avait été incapable de travailler en raison d'une chirurgie à la main. Il avait repris son travail quelques jours auparavant et ressentait des lombalgies devenues insupportables. Les médecins précisaient encore que l'assuré avait déjà présenté plusieurs épisodes de lumbago.

Après avoir procédé à un examen clinique, les médecins de l'unité d'urgences ambulatoires ont prescrit une radiographie de la colonne lombaire. Celle-ci, effectuée le même jour, a notamment montré une fracture subaiguë de L2 et L3 avec une perte de hauteur estimée à 30% dans les deux cas, une fracture-tassement de L5 avec une perte de hauteur estimée à 10%, des discopathies L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'une arthrose interfacettaire postérieure lombaire basse.

Un scanner a été réalisé le même jour dans le but, notamment, de déterminer la date d'apparition des fractures. Ledit scanner a montré un tassement de L2 et L3,

sans signes de consolidation, parlant en faveur de fractures récentes, une perte de 15% de L5 avec irrégularités du plateau supérieur et fragment osseux, un rétroisthésis de L4 de 6mm, un antéisthésis de L5 de 6,9mm sur lyse isthmique bilatérale prédominant à gauche et un rétrécissement foraminaux L5-S1 gauche ostéophytique.

Dans leur rapport du 24 novembre 2021, les docteurs E_____ et F_____, médecins auprès de l'unité d'urgences ambulatoires précitée, ont mentionné, sur la base de l'imagerie réalisée le 18 novembre 2021, le diagnostic de fractures multiples de la colonne vertébrale, avec des lombalgies non irradiantes et non déficitaires, évoluant depuis deux mois sans notion de traumatisme.

d. Le 24 novembre 2021, l'assuré a été examiné par le docteur G_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, lequel a expliqué, dans un rapport du 28 janvier 2022, que l'assuré présentait, dans le cadre de lombalgies chroniques, un nouvel épisode mi-septembre, avec une douleur axiale, sans irradiation, sans élément traumatique identifié, qui évoluait en dents de scie mais qui persistait globalement, s'aggravant en fin de journée et lors des positions statiques debout ou assise. Après avoir résumé l'imagerie réalisée quelques jours auparavant, le Dr G_____ a suggéré la réalisation d'une IRM lombaire afin d'identifier la pathologie aiguë et dater les tassements. Il proposait de revoir l'assuré le 2 décembre 2021.

e. Le 29 novembre 2021, l'assuré a effectué l'imagerie suivante en raison des fractures vertébrales par insuffisance de L2 OF2 et L3 OF3 (ancien) :

- La radiographie de la colonne a montré, outre les atteintes constatées le 18 novembre 202, une cervico-discarthrose C5-C6 et une discopathie L5-S1.
- L'IRM de la colonne lombaire a, quant à elle, montré une fracture-tassements d'allure subaiguë (persistance d'un œdème) des plateaux supérieurs de L2 et L3, ostéoporotiques, avec fracture non déplacée de la pointe du processus épineux de L2, sans atteinte ligamentaire par ailleurs.

f. Suite à l'imagerie réalisée le 29 novembre 2021, l'assuré a été examiné par les docteurs H_____ et I_____, médecins au service de chirurgie orthopédique des HUG, lesquels ont notamment évoqué, dans leur rapport du 20 janvier 2022, une chute pendant que l'assuré faisait du kitesurf le 17 septembre 2021, avec réception sur le dos. Les fractures L2 OF5 et L3 OF3 étaient classifiées selon OF dans le cadre d'une ostéopénie connue.

g. La consultation du 2 décembre 2021 auprès du Dr G_____ a été annulée par l'assuré.

h. Le 3 décembre 2021, les ÉPI ont adressé à la SUVA une déclaration de sinistre, dont il ressort que le 17 septembre 2021, l'assuré était tombé en arrière sur son dos alors qu'il faisait du kitesurf lors de ses vacances en Egypte.

i. L'assuré a été examiné le 3 janvier 2022 par le docteur J_____, médecin adjoint agrégé au service des maladies osseuses des HUG, lequel a retenu que les fractures de l'assuré étaient survenues dans un contexte traumatique et que devant la persistance des lombalgies au décours de la chute, le bilan morphologique avait mis en évidence lesdites fractures avec possibles signes d'ostéonécrose sur l'IRM.

j. Par courrier du 10 janvier 2022, la SUVA a formulé des réserves quant à la prise en charge de l'incapacité de travail et du traitement dès le 18 novembre 2021.

k. Les 17 janvier et 21 mars 2022, l'assuré a effectué des radiographies de la colonne totale, lesquelles ont montré des tassements stables ainsi que la cervico-discarthrose étagée, plus marquée en C5-C6, et des discopathies lombaires étagées. Ces images ont également montré une déminéralisation osseuse diffuse.

l. Le 7 avril 2022, l'assuré a subi un scanner lombaire, lequel a notamment montré plusieurs atteintes dégénératives, et un tassement d'allure récente des L2-L3.

m. La SUVA a soumis les rapports précités à son médecin d'arrondissement, la docteure K_____, spécialiste en médecine interne générale et médecine intensive. Après avoir résumé les pièces examinées dans son appréciation du 10 mai 2022, la Dre K_____ a constaté que dans les premiers temps, il n'était pas question d'un traumatisme, comme cela ressortait des rapports des Drs D_____, E_____ et G_____ des 8 et 24 novembre 2021. Ce n'était qu'après la confirmation de fractures-tassements des vertèbres L2 et L3 par IRM que la position des médecins avait changé et notamment celle du Dr H_____. Le médecin d'arrondissement estimait peu vraisemblable que les trois premiers médecins aient mal compris les dires de l'assuré et, partant, mal effectué leur anamnèse, ce d'autant plus que l'anamnèse du Dr G_____ était très précise, avec l'évocation de deux voyages en Egypte et aucune mention d'un traumatisme de kitesurf, avec une chute d'environ deux mètres, qui ne s'oubliait pas facilement. Par ailleurs, d'un point de vue purement physiopathologique, la lyse isthmique dans le contexte de l'antélisthésis de L5 sur S1 pouvait être congénitale (depuis la naissance, lors de malformations), sur lyse isthmique (étirement de pédicules se faisant avec la croissance), dégénérative, post-traumatique (fracture de la région isthmique), pathologique (maladie induisant une fragilité osseuse) ou encore iatrogène. Dans le cas de l'assuré, il s'agissait de la conséquence d'un défaut de croissance à l'adolescence, de sorte que cette atteinte était d'origine malade et non traumatique. S'agissant des deux fractures L2 et L3 avec affaissement du plateau supérieur de L5, elles avaient eu lieu en tissu pathologique, en raison d'une ostéopénie diffuse connue, étant précisé que l'ostéopénie était le stade précoce de l'ostéoporose et qu'elle se caractérisait par une fragilité osseuse, dont la première caractéristique était de favoriser les fractures, même atraumatiques. Par ailleurs, l'assuré présentait, au niveau thoraco-lombaire, des troubles dégénératifs, tels qu'une arthrose lombosacrée, une discopathie, des calcifications des ligaments jaunes. Dans un tel contexte, les fractures/tassements lombaires

pouvaient être la conséquence d'un traumatisme comme elles pouvaient survenir spontanément, en raison de la fragilité osseuse. En tous les cas, si lesdites fractures étaient consécutives à un accident de kitesurf, avec une chute de deux mètres, l'assuré aurait ressenti d'importantes douleurs, lesquelles auraient justifié une prise en charge en urgence en Egypte et non une première consultation à deux mois dudit traumatisme.

n. Se fondant sur l'appréciation précitée de la Dre K_____, la SUVA a considéré, dans une décision datée du 19 mai 2022, que l'assuré avait déclaré faussement les faits, de sorte qu'elle ne saurait servir ses prestations. Aussi, elle refusait, après coup, toute prise en charge et demandait le remboursement des prestations indûment touchées, d'un montant total de CHF 3'407.-.

o. L'assuré s'est opposé à la décision précitée par courrier du 17 juin 2022, auquel les pièces suivantes étaient notamment jointes :

- Une attestation établie le 8 juin 2022 par le docteur L_____, médecin retraité en France, lequel confirmait avoir été présent, le 17 septembre 2022, sur la plage M_____ en Egypte, au centre de Kitesurf N_____. Il lui avait été demandé d'examiner l'assuré suite à sa chute. Celui-ci présentait une lombalgie haute, hyperalgique, avec une forte contracture paravertébrale et une douleur exquise au niveau de L2 et L3. Devant l'absence de signes neurologiques déficitaires, il avait fourni les anti-inflammatoires et les antidouleurs qu'il avait avec lui à l'assuré, sachant que celui-ci rentrait en Suisse le lendemain et qu'il pourrait alors consulter pour la suite du traitement et un bilan complémentaire.
- Un rapport du Dr I_____ du 8 juin 2022, dans lequel ce médecin évoquait une déformation acquise de la colonne vertébrale sur fractures subaiguës L2 OF5 et L3 OF3, les douleurs étant liées à la déformation post-traumatique.
- Un rapport du Dr G_____ du 13 juin 2022, dans lequel celui-ci a expliqué qu'en détaillant l'anamnèse de manière plus approfondie, il s'avérait qu'il y avait eu un élément traumatisant non mentionné par l'assuré auparavant, à savoir une chute en kitesurf le 17 septembre 2021. Le diagnostic était celui de lombalgie persistante, status après tassements L2 et L3 suite à la chute en kitesurf précitée.

p. Lors d'un entretien téléphonique du 13 septembre 2022, Monsieur O_____, a expliqué à la SUVA qu'il était effectivement présent dans le club de kite avec l'assuré. Il n'avait pas vu la chute en tant que telle mais avait aidé l'assuré à se débarrasser de son gilet et à se remettre. Vu l'apparence de l'assuré, M. O_____ était certain que celui-ci avait sévèrement chuté.

q. Par décision du 22 septembre 2022, la SUVA a finalement considéré qu'il n'était pas contestable que l'assuré avait été victime d'un accident de kitesurf le 17 septembre 2022 et qu'elle ne pouvait dès lors pas le considérer comme l'auteur d'une fausse déclaration et lui réclamer le remboursement des prestations

allouées. Cela étant, les premières instances consultées n'avaient pas fait état d'éléments traumatiques identifiés et, selon l'avis du service médical, les documents médicaux indiquaient clairement l'existence d'une pathologie malade, expliquant l'origine des troubles. Il y avait ainsi lieu de constater que lesdits troubles n'étaient pas d'origine traumatique, de sorte que l'assureur-accidents ne saurait prendre en charge lesdits troubles faute de causalité naturelle.

r. Sous la plume de son conseil, l'assuré s'est opposé à la décision du 22 septembre 2022, concluant notamment à la réalisation d'une expertise orthopédique indépendante.

s. Le 9 novembre 2022, l'assuré a transmis à la SUVA un rapport du 21 octobre 2022 du docteur P_____, médecin chef de clinique auprès du département de chirurgie des HUG, dans lequel ce médecin a notamment commenté les résultats de l'imagerie réalisée les 7 et 28 avril 2022, expliquant en substance que la symptomatologie était désormais prédominante au niveau des vertèbres fracturées. Le spondylolisthesis, quasiment certainement présent antérieurement à l'accident, était totalement asymptomatique, ce qui était un phénomène assez fréquent. Il semblait donc exister un lien logique entre la situation clinique antérieure totalement asymptomatique, la survenue de l'événement du 17 septembre 2021 et les conséquences rachidiennes. L'impression du médecin précité était que l'accident était responsable des douleurs de l'assuré.

t. Le 10 février 2023, les HUG ont transmis à la SUVA un rapport des Drs H_____ et I_____, du 23 mai 2022.

u. Le dossier a, une nouvelle fois, été soumis à la Dre K_____ qui a persisté dans ses conclusions par avis du 1^{er} mars 2023.

v. Par décision sur opposition du 28 avril 2023, la SUVA a confirmé sa décision du 22 septembre 2022, considérant que les appréciations de la Dre K_____ devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante.

- C.**
- a.** Sous la plume de son conseil, l'assuré a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice en date du 30 mai 2023, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 28 avril 2023 et, cela fait, à l'admission des liens de causalité naturelle et adéquate entre les atteintes et les troubles y afférents et l'accident du 17 septembre 2021, à la constatation de son droit aux prestations depuis le 17 septembre 2021 et à la prise en charge de l'incapacité de travail totale ayant débuté le 18 novembre 2021 et perdurant encore à hauteur de 50%. Se référant à un courriel du Dr J_____ du 25 mai 2022 et à un rapport du Dr P_____ daté du 21 octobre 2022, joints, le recourant a estimé avoir souffert de fractures-tassement du plateau supérieur des vertèbres L2 et L3, assimilées à des lésions traumatiques, devant être prises en charge par l'assureur-accidents. Or, pour pouvoir se libérer de son obligation, l'assureur-accidents devait apporter la preuve que les lésions en question étaient manifestement dues à l'usure ou à une maladie. Dans le cas d'espèce, l'intimée

n'avait exigé aucune mesure d'instruction concrète pour renverser le fardeau de la preuve et s'était contentée, arbitrairement, au seul avis de la Dre K_____, qui ne l'avait même pas examiné.

b. La SUVA a répondu en date du 30 août 2023 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. En premier lieu, elle a rappelé qu'elle avait accepté de servir ses prestations sur la base d'un accident de kitesurf survenu le 17 septembre 2021. Partant, l'examen du droit aux prestations sous l'angle des lésions corporelles assimilées était fermé. Ensuite, se référant à une nouvelle appréciation de la Dre K_____, établie le 27 juillet 2023, l'assureur-accidents a persisté à nier le lien de causalité entre l'accident du 17 septembre 2021 et les fractures L2-L3.

c. Par réplique du 21 septembre 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions, considérant notamment qu'il ressortait du courriel du Dr J_____ du 25 mai 2022 que ce médecin s'était employé à investiguer l'hypothèse pathologique, sans toutefois y trouver une corrélation. Son rapport avait donc été établi sur la base d'une étude fouillée. Il se fondait en outre sur des examens complets et avait été rédigé en pleine connaissance de l'anamnèse.

d. À la demande de la chambre de céans, la SUVA a transmis son dossier, à jour, incluant l'appréciation établie le 27 juillet 2023 par la Dre K_____.

e. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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.

2.1 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA.

2.2 Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).

3. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge les suites de l'atteinte au dos subie par le recourant à compter du 18 novembre 2021, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 17 septembre 2021 et les fractures-tassement des vertèbres L2 et L3.

- 6.

6.1 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. Par accident, on entend 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 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable; le caractère soudain de l'atteinte; le caractère involontaire de l'atteinte; le facteur extérieur de l'atteinte; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 3.1).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

6.2 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 condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit

qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 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 consid. 9.5, ATF 123 V 43 consid. 2b; SVR 2009 UV n° 3 c. 8.3).

Le 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* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, 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.

6.3 Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. 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 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références).

7.

7.1 Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, l'assurance alloue également ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a); les déboîtements d'articulations (let. b); les déchirures du ménisque (let. c); les déchirures de muscles (let. d); les élongations de muscles (let. e); les déchirures de tendons (let. f); les lésions de ligaments (let. g); les lésions du tympan (let. h).

On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. 9 al. 2 aOLAA.

7.2 Jusqu'au 31 décembre 2016, les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA étaient assimilées à un accident même si elles avaient, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffrait l'assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.1 et les références). Ainsi, pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il suffisait que l'événement accidentel provoque en partie l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 171/05 du 23 mai 2006 consid. 4) malgré l'origine en grande partie dégénérative de celle-ci (arrêt du Tribunal fédéral 8C_358/2015 du 14 mars 2016 consid. 6.2.1). Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prenait fin lorsque le retour à un *statu quo ante* ou à un *statu quo sine* était établi, c'est-à-dire lorsque l'état de santé était similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par la suite d'un développement ordinaire. Toutefois, de telles lésions étaient assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'était pas clairement établie. On ne se fondait donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine* (arrêt du Tribunal fédéral 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 et les références).

7.3

7.3.1 Depuis le 1^{er} janvier 2017, le nouveau droit ne requiert plus l'existence d'un facteur extérieur. L'assurance-accidents est en effet tenue à prestations dès qu'une lésion corporelle comprise dans la liste est diagnostiquée (Jenny CASTELLA, Les lésions corporelles assimilées à un accident à l'aune de la première révision de la LAA, in RSAS 2020 p. 3). Il s'agit d'une présomption légale que ladite lésion est assimilée à un accident. L'assureur peut toutefois prouver que cette lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie (Pierre GABUS / Lucile BONAZ, Le nouveau droit des lésions corporelles assimilées à un accident : une révolution silencieuse, in RSAS 2019 p. 377). Pour que la preuve libératoire soit admise, il appartient à l'assureur-accidents de démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, en se fondant sur des avis médicaux probants, que la lésion corporelle est due, à plus de 50 % de tous les facteurs en cause, à l'usure ou à une maladie (ATF 146 V 51 consid. 8.2.2).

7.3.2 Dans l'ATF 146 V 51, le Tribunal fédéral a notamment détaillé la marche à suivre.

Ainsi, à réception de l'annonce d'une lésion figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur doit déterminer si les critères d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA sont réalisés :

- Dans l'affirmative, l'assureur doit prendre en charge les conséquences de l'atteinte conformément à l'art. 6 al. 1 LAA et ce jusqu'à ce que l'accident ne

représente plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte soit, en d'autres termes, jusqu'à ce que l'atteinte à la santé repose uniquement sur des causes étrangères à l'accident ou, en d'autres termes, jusqu'à ce que le *statu quo ante vel sine* soit atteint (consid. 5.1, 8.5 et 9.1) ;

- Dans la négative, l'assureur doit examiner une prise en charge sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA. D'emblée, il y a présomption de la responsabilité de l'assureur-accidents pour les suites d'une de ces lésions à moins qu'il ne démontre que celle-ci soit due de manière prépondérante, donc à plus de 50 % (consid. 8.2.2.1 et 8.6), à l'usure ou à une maladie (consid. 8.2.2.2 concernant les notions d'usure et de maladie; consid. 9.1 pour le surplus). Dans le cas de l'art. 6 al. 2 LAA, l'obligation de prester de l'assurance-accidents prend fin lorsque la lésion corporelle résulte à plus de 50 % de l'usure ou d'une maladie (voir Jenny CASTELLA, *op. cit.*, p. 35).

7.3.3 Si aucun événement initial ne peut être établi, ou si seul un événement bénin ou anodin peut être établi, cela simplifie de toute évidence la preuve de la libération pour l'assureur-accident. En effet, l'ensemble des causes des atteintes corporelles en question doit être pris en compte dans la question de la délimitation, qui doit être évaluée avant tout par des médecins spécialistes. Outre l'état antérieur, les circonstances de la première apparition des troubles doivent également être examinées plus en détails (par exemple, un bilan traumatologique du genou est une aide utile pour l'évaluation médicale des blessures au genou, publié in BMS 2016 p. 1742 ss). Les différents indices qui parlent en faveur ou en défaveur de l'usure ou de la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. L'assureur-accidents doit prouver, sur la base d'évaluations médicales concluantes – au degré de la vraisemblance prépondérante – que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire plus de 50% de tous les facteurs en cause. Si la « palette des causes » se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a apporté la preuve de la « libération » et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (ATF 146 V 51 consid. 8.6).

7.4 Contrairement à ce qui prévalait jusqu'au 31 décembre 2016, en présence d'une lésion figurant dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assuré ne peut plus se contenter de « s'engouffrer » vers ce rattachement, en pensant qu'il s'agit d'une voie de facilité (cf. Pierre GABUS et Lucile BONAZ, *op. cit.*, p. 383). Même en présence d'une lésion apparaissant sur la liste de la disposition précitée, il convient d'examiner si l'atteinte peut être rattachée à la notion ordinaire d'accident. Dans l'affirmative, l'assuré bénéficie de l'application de l'art. 36 al. 1 LAA. En d'autres termes, l'assureur ne peut se libérer de son obligation de prester que s'il démontre que l'atteinte à la santé est exclusivement due à la maladie. En fin de compte, ce n'est que dans les cas où les lésions ne sont pas consécutives à un accident que l'art. 6 al. 2 LAA est d'un intérêt pour l'assuré (*ibidem*).

7.5 Lorsque l'assureur-accidents fournit la preuve qu'un accident au sens de l'art. 4 LPGA n'est pas, même très partiellement, en relation de causalité avec une lésion corporelle de la liste et qu'il n'existe pas d'indice qu'un événement survenu après l'accident pourrait constituer une cause possible de cette lésion, la preuve que celle-ci est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie est par là-même rapportée. En d'autres termes, il n'est pas nécessaire d'examiner l'obligation de verser des prestations selon l'art. 6 al. 2 LAA, du moins tant qu'aucun autre événement initial n'entre en ligne de compte comme cause de la blessure (ATF 146 V 51 consid. 9.2).

8.

8.1 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'instruction 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 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

8.2 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), 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. À 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

8.3 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b).

8.3.1 Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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 (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

8.3.2 Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

8.3.3 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/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

9.

9.1 La personne qui sollicite l'octroi de prestations d'assurance-accidents doit prouver ou du moins rendre vraisemblables les différentes circonstances qui ont conduit à un accident (ATF 116 V 136 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_834/2015 du 5 avril 2016 consid. 2.2). Si elle ne satisfait pas à cette exigence en fournissant des indications incomplètes, imprécises ou contradictoires qui rendent invraisemblable l'existence d'un dommage de nature accidentelle, l'assureur-accidents n'est pas tenu de fournir des prestations. En cas de litige, il incombe au juge d'apprécier si les différentes conditions de la notion d'accident sont remplies. Dans le cadre du principe de l'instruction (art. 61 let. c LPGA ; cf. aussi art. 97 al. 2, art. 105 al. 3 LTF), il doit recueillir d'office les preuves

nécessaires (ATF 114 V 298 consid. 5b). Si l'instruction ne permet pas de tenir un accident pour établi ou du moins pour vraisemblable (la simple possibilité ne suffit pas), le juge constatera l'absence de preuves ou d'indices pertinents et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident. De même, lorsque les lésions peuvent avoir une origine purement pathologique, la jurisprudence se montre particulièrement exigeante pour apprécier le caractère – accidentel ou non – de l'événement (ATF 103 V 175). Cela vaut en particulier pour certaines atteintes typiques à la santé qui, selon l'expérience, peuvent également survenir comme seule conséquence d'une maladie, en particulier de modifications dégénératives préexistantes d'une partie du corps dans le cadre d'un déroulement tout à fait normal d'un événement. Dans de tels cas, les caractéristiques de la notion d'accident doivent être remplies de manière particulièrement claire. Avant tout, la cause directe de la lésion doit avoir été provoquée dans des circonstances particulièrement évidentes (p. ex. glissade, choc) puisque selon la définition de l'accident, la caractéristique du caractère extraordinaire ne se rapporte pas à l'effet du facteur extérieur, mais uniquement à ce facteur en tant que tel (ATF 99 V 136 consid. 1 ; cf. aussi ci-dessus : consid. 4.2).

9.2 Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires avec les premières. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016, déjà cité, consid. 4.3).

10.

10.1 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPG), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a).

10.2 Dans la procédure en matière d'assurance sociale, régie par le principe inquisitoire, les parties ne supportent pas le fardeau de la preuve au sens de l'art. 8 CC. L'obligation des parties d'apporter la preuve des faits qu'elles allèguent signifie seulement qu'à défaut, elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve. Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que lorsqu'il est impossible, en se fondant sur l'appréciation des preuves conformément au principe inquisitoire, d'établir un état de fait qui apparaisse au moins vraisemblablement correspondre à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et la

référence; arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 379/2006 du 19 octobre 2006, consid. 2 et U 328/02 du 9 décembre 2003 consid. 3.1).

Alors qu'il appartient à l'assuré de prouver l'existence *ab initio* d'un lien de causalité, c'est à l'assurance-accidents qu'incombe le fardeau de la preuve d'une prétendue disparition de la causalité en raison de l'atteinte du *statu quo sine vel ante* (RAMA 1994 n° U 206 p. 326, cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_101/2008 du 6 août 2008 consid. 2.2).

11.

11.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

11.2 Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

12.

12.1 À titre liminaire, il y a lieu de rappeler que selon l'ATF 146 V 51, en présence d'une lésion apparaissant sur la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, comme c'est

le cas des fractures, l'assureur-accidents doit déterminer si les critères d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA sont réalisés :

- Dans l'affirmative, il doit prendre en charge les conséquences de l'atteinte conformément à l'art. 6 al. 1 LAA et ce jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte soit, en d'autres termes, jusqu'à ce que l'atteinte à la santé repose uniquement sur des causes étrangères à l'accident ou, en d'autres termes, jusqu'à ce que le *statu quo ante vel sine* soit atteint ;
- Dans la négative, l'assureur-accidents doit examiner une prise en charge sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA. D'emblée, il y a présomption de la responsabilité de l'assureur-accidents pour les suites d'une de ces lésions à moins qu'il ne démontre que celle-ci soit due de manière prépondérante, donc à plus de 50 %, à l'usure ou à une maladie. Dans le cas de l'art. 6 al. 2 LAA, l'obligation de prester de l'assurance-accidents prend fin lorsque la lésion corporelle résulte à plus de 50 % de l'usure ou d'une maladie.

Par ailleurs, si l'assureur-accidents fournit la preuve qu'un accident au sens de l'art. 4 LPGA n'est pas, même très partiellement, en relation de causalité avec l'atteinte en question et qu'il n'existe pas d'indice qu'un événement survenu après l'accident pourrait constituer une cause possible de cette lésion, la preuve que celle-ci est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie est par là-même rapportée. En d'autres termes, il n'est pas nécessaire d'examiner l'obligation de verser des prestations selon l'art. 6 al. 2 LAA, du moins tant qu'aucun autre événement initial n'entre en ligne de compte comme cause de la blessure.

12.2

12.2.1 Dans le cas d'espèce, la SUVA a finalement retenu, par décision du 22 septembre 2022, une chute en kitesurf en date du 17 septembre 2021, reconnaissant par-là l'existence d'un accident. Dans les suites de cet événement, un arrêt de travail du 20 au 24 septembre 2021 a été délivré au recourant. De l'anamnèse établie par le Dr G_____ dans son rapport du 28 janvier 2022, il ressort que le recourant aurait ensuite repris son activité professionnelle pendant une semaine, avant de repartir pour un voyage de 10 jours en Egypte. À son retour, il aurait travaillé pendant trois jours avant de subir une chirurgie électorive de la main droite, avec un arrêt de travail y consécutif. À la fin de l'arrêt précité, le recourant aurait repris son activité professionnelle pendant quatre jours avec une dégradation des symptômes, avant de consulter les HUG le 18 novembre 2021, où les radiographies et un scanner pratiqués le même jour ont montré les fractures-tassement des vertèbres L2 et L3. Les médecins des HUG ont également attesté d'une incapacité de travail dès cette date.

La SUVA semble avoir indemnisé la première incapacité de travail, soit celle du 20 au 24 septembre 2021, sans procéder à des investigations plus poussées. En revanche, par courrier du 10 janvier 2022, elle a formulé des réserves quant à la

prise en charge de la nouvelle période d'incapacité de travail, à compter du 18 novembre 2021, pour finalement nier, au terme d'une instruction complémentaire, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement du 17 septembre 2021 et les fractures-tassement de L2 et L3, à l'origine de l'incapacité de travail précitée.

12.2.2 Force est tout d'abord de constater que le déroulement des faits, à savoir l'accident du 17 septembre 2021 et ses conséquences sur la capacité de travail, interpelle. En effet, ce n'est que suite à la découverte des fractures-tassement le 18 novembre 2021 que le recourant a évoqué, pour la première fois, une chute en kitesurf. Auparavant, il n'a mentionné aucun traumatisme à ses médecins comme cela ressort des premiers rapports établis en lien avec les douleurs dorsales. Ainsi, dans son rapport initial du 14 janvier 2022, la Dre B_____, qui a examiné le recourant à la permanence C_____, évoque un blocage lombaire, sans irradiation dans les membres inférieurs, après que le recourant s'était levé d'une chaise. Dans son rapport du 8 novembre 2021, le Dr D_____ fait état de lombalgies non spécifiques en se levant d'une chaise. Quant au rapport du 24 novembre 2021 du service des urgences des HUG, il mentionne un lumbago deux mois auparavant, sur un faux mouvement en se relevant. Enfin, dans son rapport du même jour, le Dr G_____ parle d'une installation aiguë, sans facteur déclenchant, mi-septembre 2021, d'un blocage lombaire.

Vu l'accident en question (chute en kitesurf, de deux mètres, avec réception sur le dos justement, ayant entraîné des douleurs à ce niveau, en raison desquelles un médecin français présent sur la plage l'avait examiné et lui avait fourni les médicaments contre la douleur qu'il avait emmenés avec lui), il est surprenant que le recourant n'ait pas jugé nécessaire d'en parler aux médecins consultés dans un premier temps. Indépendamment de cela, le fait que trois des quatre médecins se réfèrent à ce qui pourrait être considéré comme un faux mouvement en se levant d'une chaise interpelle également.

Cela étant, dans la mesure où le recourant persiste à mentionner une chute en kitesurf en date du 17 septembre 2021 et que la SUVA ne semble finalement pas remettre en question cet événement, la chambre de céans n'examinera pas plus en détails ce point et relèvera simplement qu'en présence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGa, le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-accidents s'examine selon l'art. 6 al.1 LAA, selon les conditions habituelles en la matière. Or, l'une des conditions est l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel – soit *in casu* la chute en kitesurf le 17 septembre 2021 – et l'atteinte à la santé – *i.e.* les fractures-tassement constatées sur l'imagerie du 18 novembre 2021. C'est justement ce lien de causalité que la SUVA a nié en se fondant sur les appréciations de la Dre K_____ des 10 mai 2022, 1^{er} mars 2023 et 27 juillet 2023, considérant que les fractures en question étaient en réalité d'origine malade, dès lors qu'elles

étaient vraisemblablement liées à l'ostéopénie débutante retrouvée chez le recourant.

Pour sa part, le recourant, en se fondant sur les divers rapports de ses médecins traitants, conteste ce point de vue et estime que ses atteintes sont d'origine traumatique et que, partant, le lien de causalité naturelle avec l'accident assuré est donné.

Pour trancher la question du lien de causalité, il convient donc d'examiner la valeur probante des divers rapports médicaux au dossier.

12.3

12.3.1 A titre liminaire, la chambre de céans constate que les appréciations de la Dre K_____ des 10 mai 2022, 1^{er} mars 2023 et 27 juillet 2023 n'ont pas été établies par un spécialiste indépendant, le médecin précité devant être considéré comme un médecin interne à la SUVA. Par ailleurs, lesdites appréciations ont été établies sur dossier.

Ces éléments ne remettent toutefois pas en question la valeur probante desdites appréciations pour autant que celles-ci se fondent sur suffisamment de pièces établies suite à un examen clinique de l'assuré et qu'elles répondent aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante.

Cela étant précisé, force est de constater que les appréciations de la Dre K_____ des 10 mai 2022, 1^{er} mars 2023 et 27 juillet 2023 respectent de nombreux réquisits jurisprudentiels, dès lors qu'elles comportent la liste des pièces, la description des diagnostics et une appréciation du cas. En revanche, les plaintes actuelles du recourant ne sont pas décrites et l'anamnèse n'est pas complète, dès lors qu'elle ne comprend pas les antécédents médicaux liés au contexte familiale d'ostéoporose ni l'évolution de la capacité de travail entre le 24 septembre et le 18 novembre 2021.

Sur le fond, la Dre K_____ a retenu, dans son appréciation du 10 mai 2022, les diagnostics d'antélisthésis de L5 de 6.9 mm sur lyse isthmique bilatérale prédominant à gauche, tassement de L2 et L3, perte de 15% de L5 avec irrégularité du plateau supérieur et fragment osseux corticalisé de 3mm en regard du coin postéro-supérieur, rétrolisthésis de L4 de 6mm et rétrécissement foraminaux L5-S1 gauche ostéophytique. Pour la Dre K_____ :

- L'antélisthésis de L5-S1 avec lyse isthmique bilatérale était la conséquence d'un défaut de croissance à l'adolescence ; il s'agissait donc d'une atteinte d'origine malade ;
- Les deux fractures des vertèbres L2 et L3 avec affaissement du plateau supérieur de L5 avaient eu lieu en tissu pathologique, en raison d'une ostéopénie diffuse connue, qui est le stade précoce de l'ostéoporose, qui se caractérise par une fragilité osseuse et dont la première caractéristique est de favoriser les fractures, même atraumatiques ;

- Le recourant présentait, au niveau thoraco-lombaire des troubles dégénératifs, sous la forme d'une arthrose lombo-sacrée, discopathie, calcifications des ligaments jaunes.

Dans un tel contexte, les fractures-tassements lombaires pouvaient non seulement être la conséquence d'un traumatisme mais également survenir spontanément, en raison de la fragilité osseuse.

Dans son appréciation du 1^{er} mars 2023, la Dre K_____ a encore relevé que le rapport de l'IRM du 29 novembre 2021 évoquait des fractures-tassements d'allure subaiguë des plateaux supérieurs de L2 et L3, ostéoporotiques, ce qui signifiait que les fractures avaient pris place dans un territoire pathologique, l'os ayant déjà une fragilité osseuse par suite de perte de la densité osseuse associée à des modifications de sa microarchitecture. Elle a en outre rappelé les conclusions de sa précédente appréciation, à savoir que les premiers médecins consultés n'avaient mentionné aucun traumatisme, que suite à la consultation juste après son retour en Suisse, un arrêt de travail d'une semaine avait été donné, avec prescription d'antalgiques de palier I et myorelaxants. L'assuré avait repris son activité professionnelle avant de repartir en Egypte. Les consultations suivantes étaient survenues sept semaines et trois jours après l'accident, ce qui était fortement inhabituel pour des fractures vertébrales traumatiques et mais non en ce qui concernait des fractures pathologiques, lesquelles apparaissaient en général progressivement, avec un niveau de douleur moindre. Le bilan radiologique effectué les 18 et 29 novembre 2021 mentionnaient comme indication « lombalgie persistante depuis 2 mois suite à un lumbago », sans référence à un traumatisme. Enfin, l'assuré présentait une ostéopénie connue depuis plusieurs années et monitorée régulièrement dans un contexte d'ostéoporose familiale ainsi qu'une atteinte pluri-étagée dégénérative et malade de la colonne lombaire au bilan radiologique.

Enfin, dans son appréciation complémentaire du 27 juillet 2023, la Dre K_____ a encore expliqué que l'assuré présentait une fracture-compression des vertèbres L2 et L3. Or, ce type de fracture survenait à la suite d'une charge axiale ou compressive (et dans une moindre mesure de flexion) entraînant une défaillance biomécanique de l'os aboutissant à une fracture. La cause la plus fréquente était l'ostéoporose. Une telle fracture, dans un contexte de haute cinétique, aurait impliqué une chute avec réception sur les pieds et tassement consécutif des corps vertébraux, mécanisme qui ne semblait pas compatible avec l'activité de kitesurf pratiquée par l'assuré. Une chute sur le dos aurait engendré un autre type de fracture. La littérature mentionnait également des fractures par compression au niveau de la jonction thoraco-lombaire suite à l'utilisation de jet-ski, probablement en raison des fortes secousses et des chocs itératifs sur le siège. Or, chez le recourant, c'était la zone lombaire (L2-L3) et non la zone thoraco-lombaire (D12-L1) qui avait été touchée et il n'avait pas non plus présenté un mécanisme de chocs multiples.

Cela étant, la Dre K_____ était d'avis qu'une chute d'environ 2 mètres en kitesurf aurait occasionné d'importantes douleurs justifiant une prise en charge en urgence sur place et non une première consultation à deux mois dudit traumatisme.

12.3.2 De son côté, le recourant se réfère principalement aux rapports suivants pour considérer que le lien de causalité naturelle est réalisé :

- Un rapport du Dr P_____ du 21 octobre 2022, dans lequel ce médecin a considéré qu'il semblait exister un lien logique entre la situation clinique antérieure totalement asymptomatique, la survenue de l'accident du 17 septembre 2021 et les conséquences rachidiennes. Son impression clinique restait que l'accident précité était responsable des douleurs du recourant.
- Un courriel du Dr J_____ du 25 mai 2023, dans lequel ce médecin a expliqué qu'il avait retenu le caractère traumatique – et non pathologique sur fragilité osseuse sous-jacente - des fractures sur la base des éléments suivants :
 - o Le traumatisme en kitesurf en septembre 2021 ;
 - o Les constatations de l'IRM rachidienne du 29 novembre 2021, qui objectivait les fractures vertébrales de L2 et L3 d'allure subaiguë, ce qui indiquait une survenue dans les trois derniers mois, ce qui était compatible en terme de temporalité avec le traumatisme. S'y ajoutait la constatation d'une fracture non déplacée de la pointe du processus épineux de L2, qui n'était absolument pas typique d'une fracture ostéoporotique pathologique mais qui s'observait dans des situations d'origine traumatique ;
 - o Les valeurs densitométriques qui étaient normales au rachis, siège des fractures de L2 et L3.

12.3.3 Force est de constater que les avis de la Dre K_____ et du Dr J_____ ne sont en réalité pas en contradiction. En effet :

- Dans son appréciation du 27 juillet 2023, la Dre K_____ a relevé que l'assuré présentait une fracture-compression des vertèbres L2 et L3, qui était un type de fracture survenant à la suite d'une charge axiale ou compressive (et dans une moindre mesure de flexion) ce qui aurait impliqué, dans un contexte de haute cinétique, une chute avec réception sur les pieds et tassement consécutif des corps vertébraux, mécanisme qui ne semblait pas compatible avec l'activité de kitesurf pratiquée par l'assuré. Une chute sur le dos comme allégué par le recourant aurait engendré un autre type de fracture.

De son côté, le Dr J_____ a uniquement expliqué, dans son courriel du 25 mai 2023, que les fractures L2 et L3 étaient d'allure subaiguë, ce qui signifiait qu'elles étaient survenues dans les trois derniers mois, ce qui était compatible, en terme de temporalité avec l'événement du 17 septembre 2021. Il ne s'est en revanche pas prononcé sur leur nature traumatique ou malade.

Cela étant, dans sa première appréciation, du 10 mai 2022, la Dre K_____ a tout de même considéré, en guise de conclusion, que les fractures-tassements lombaires pouvaient non seulement être la conséquence d'un traumatisme mais également survenir spontanément, en raison de la fragilité osseuse.

- Dans son courriel du 25 mai 2023, le Dr J_____ explique également que la fracture non déplacée de la pointe du processus épineux de L2 n'était absolument pas typique d'une fracture ostéoporotique pathologique mais que ce type de fracture s'observait dans des situations d'origine traumatique.

Cette constatation n'est pas contredite par la Dre K_____, laquelle se limite, dans son appréciation du 27 juillet 2023, à relever que le Dr J_____ n'a pas clairement établi de lien de causalité avec l'accident. En d'autres termes, la Dre K_____ ne nie pas le caractère traumatique de la fracture non déplacée de la pointe du processus épineux de L2.

Certes, le Dr J_____ ne s'est pas prononcé plus en détails sur l'événement à l'origine de la fracture non déplacée de la pointe du processus épineux de L2. Cependant, il appartenait, en vertu du principe de l'instruction d'office, à la SUVA de prendre les mesures d'instruction utiles pour tenter de dater la fracture précitée. Ce n'est finalement qu'en cas d'échec au terme d'une procédure d'instruction menée dans les règles de l'art que le recourant subit l'absence de preuve.

Quoi qu'il en soit, il ressort de ce qui précède que les fractures litigieuses se sont produites sur une colonne vertébrale atteinte par des troubles dégénératifs. Cela n'est toutefois pas suffisant pour nier tout le droit aux prestations du recourant. En effet, la Dre K_____ ne conteste pas la conclusion du Dr J_____ en ce qui concerne l'origine traumatique de la fracture non déplacée de la pointe du processus épineux de L2. De plus, elle ne s'est pas prononcée sur une éventuelle décompensation de l'état dégénératif antérieur, décompensation qui est sous-entendue par le Dr P_____ dans son rapport du 21 octobre 2022.

Cela étant, les pièces au dossier et notamment les pièces médicales précitées ne permettent pas à la chambre de céans de se prononcer de manière définitive sur le droit aux prestations du recourant. En effet, la chronologie des faits est floue, s'agissant notamment de l'événement à l'origine des fractures et des incapacités de travail du recourant entre le 17 septembre et le 18 novembre 2021. Les plaintes du recourant ne sont pas décrites. La Dre K_____ ne se prononce pas sur toutes les atteintes dont souffre le recourant et notamment pas sur la fracture non déplacée de la pointe du processus épineux de L2, même si elle ne semble pas contester son origine traumatique. Quant aux rapport du Dr P_____ du 21 octobre 2002 et au courriel du Dr J_____ du 25 mai 2023, ils ne remplissent de toute évidence pas les réquisits jurisprudentiels pour qu'une pleine valeur probante puisse leur être reconnue. Ils permettent cependant d'éveiller des doutes s'agissant des conclusions de la Dre K_____.

Il ressort donc de ce qui précède que l'intimée a pris sa décision sur la base d'un dossier manifestement insuffisamment instruit, s'agissant non seulement du déroulement des faits jusqu'au 18 novembre 2021, mais également de l'aspect médical. Dans la mesure où seul le médecin-conseil de l'intimée s'est prononcé, un renvoi pour instruction complémentaire s'impose afin de respecter le principe du double degré de juridiction. Au cours de cette instruction, il appartiendra à la SUVA de procéder à une anamnèse en bonne et due forme avant d'ordonner une expertise orthopédique.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision sur opposition du 28 avril 2023 sera annulée et la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA *a contrario*).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision sur opposition du 28 avril 2023.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Alloue au recourant une indemnité de CHF 1'500.-, à la charge de l'intimée.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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