



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2093/2021

ATAS/133/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 février 2024

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Éric MAUGUÉ, avocat

contre

HDI GLOBAL SE

intimée

représentée par Me Didier ELSIG, avocat

Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Catherine TAPPONNIER, Karine STECK, Philippe KNUPFER et Marine WYSSENBACH, juges ; Antonio Massimo DI TULLIO et Dana DORDEA, juges assesseurs

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1988, ressortissant canadien, a été engagé en qualité de hockeyeur professionnel par B_____ (ci-après : le Club ou l'employeur) pour deux saisons successives, la première débutant le 1^{er} août 2016 (contrat de durée déterminée comme joueur de hockey sur glace) et se terminant le 31 mai 2017 et la seconde le 10 août 2017 et se terminant le 31 mai 2018. À ce titre, il était assuré auprès de HDI Global SE (ci-après : l'assurance ou l'intimée) pour l'assurance-accidents obligatoire et complémentaire.
- b.** Le contrat de travail de l'assuré prévoit qu'il est valide si les parties signent l'*Offer sheet* et que le Club et le joueur sont liés par les termes et conditions du contrat standard de joueur du Club (SPC).
- c.** Le 4 janvier 2017, l'assuré a subi une torsion du poignet droit lors d'une chute survenue durant un match de hockey. Une entorse ulnaire du poignet droit avec lésion TFCC (*triangular fibro cartilage complex*), soit une déchirure ligamentaire, a été diagnostiquée. Un traitement conservatoire lui a permis de reprendre son activité professionnelle sans problème jusqu'à la fin de la saison 2017, puis de reprendre la nouvelle saison.
- d.** L'employeur a annoncé à l'assurance le 12 février 2018 que l'assuré avait subi à nouveau une torsion et une entorse du poignet droit lors d'une chute durant un match de hockey le 1^{er} février 2018.
- e.** Le 21 mars 2018, l'assuré a été opéré à la clinique C_____ par le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, spécialiste en chirurgie de la main et du poignet.
- f.** Le 28 mars 2018, le Dr D_____ a ordonné une dispense de sport pour l'assuré du 21 mars au 21 septembre 2018.
- g.** Suite à son opération, l'assuré est reparti en Ontario, Canada, où il a été suivi par le docteur E_____, chirurgien orthopédique.
- h.** Le 6 avril 2018, l'intimée a informé l'assuré qu'elle avait été informée de la fin de son contrat avec le Club au 30 avril 2018. Elle reconnaissait son obligation de prendre en charge l'opération du 21 mars 2018 et attirait son attention sur le fait que dès lors qu'il n'était plus au bénéfice d'un contrat de travail, l'incapacité de travail devait être déterminée par rapport à toutes activités professionnelles rémunérées proposées par l'agence pour l'emploi.
- i.** Le 12 avril 2018, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, auquel l'assurance avait demandé un avis médical, a indiqué que l'événement du « 4 janvier 2017 » avait vraisemblablement entraîné la déchirure principale du TFCC, qui ne s'était jamais guérie. Cette lésion était en relation de causalité avec ce traumatisme. Le second

traumatisme du 1^{er} février 2018 était un épiphénomène qui avait réveillé les douleurs du poignet sur une instabilité radio-ulnaire liée à cette lésion préexistante du TFCC. Dans ce contexte, la causalité de l'opération était vraisemblable avec le traumatisme du 4 janvier 2017. Pour ce qui était de la suite, une incapacité totale de travail jusqu'à trois mois était justifiée. Après, cela allait dépendre de l'activité professionnelle que cet ancien joueur allait exercer. Si le hockey était repris, cela allait induire une reprise progressive des entraînements durant encore trois mois, puis des matchs à six mois post-opératoires. Si le travail d'hockeyeur n'était pas recommencé, alors après les trois premiers mois, une exigibilité de 100% dans une activité légère ne nécessitant pas de mouvements répétitifs et surtout en force du poignet droit devrait être définie.

j. Le 17 avril 2018, l'assurance a informé l'assuré qu'elle prenait en charge l'opération du 21 mars 2018 et ses suites et qu'en ce qui concernait l'incapacité de travail, conformément aux motifs indiqués dans son courrier du 6 avril 2018, elle ne pouvait intervenir au-delà de trois mois post opération, soit le 20 juin 2018. Aussi, elle rembourserait, jusqu'au 30 avril 2018, les indemnités journalières à son employeur et dès le 1^{er} mai 2018, elle les lui verserait directement sur son compte.

k. Le 10 mai 2018, l'assuré, représenté par son conseil, a fait valoir auprès de l'assurance qu'il avait droit à tout le moins à six mois d'indemnités journalières et qu'il réservait ses prétentions pour la suite en fonction de l'évolution de son état de santé. Il lui demandait de lui verser les indemnités journalières au-delà du 20 juin 2018.

l. Le 5 juin 2018, l'assurance a informé l'assuré qu'elle entendait le soumettre à une expertise qui serait confiée au docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, spécialiste en chirurgie de la main.

m. Dans un rapport du 12 juin 2018, le Dr E_____ a indiqué avoir vu l'assuré une fois de plus en ce qui concernait la rééducation de son poignet droit suite à une chirurgie reconstructive faite le 21 mars 2018 en Suisse. Celui-ci continuait la physiothérapie et faisait des progrès comme prévu. Selon les recommandations du Dr D_____, l'assuré ne faisait que commencer à faire des exercices de renforcement et il fallait encore trois mois supplémentaires de physiothérapie pour déterminer s'il avait atteint un rétablissement médical maximal et s'il pouvait envisager de jouer à nouveau au hockey. L'assuré n'était actuellement pas autorisé à reprendre le conditionnement physique, la pratique ou la participation au hockey sur glace.

n. Le 21 juin 2018, l'assurance a informé le Dr D_____ qu'elle était régulièrement amenée à indemniser les incapacités de travail de joueurs et qu'il ressortait de la jurisprudence que les incapacités de travail pouvaient être partielles, de 25%, 50% et 75%, jusqu'à la pleine capacité de travail.

Sur la base d'un avis juridique, les principes suivants, rencontrés également dans le protocole de retour au jeu « *Return To Play* » (ci-après : le protocole), pouvaient le guider.

1. Dans la pratique, en cas de rééducation suite à une blessure, par exemple effectuée seule avec les physiothérapeutes à l'écart du groupe, le joueur n'était pas apte à reprendre son activité professionnelle et une incapacité de travail de 100% lui était reconnue.
2. Une capacité de travail partielle (25% par exemple) pouvait néanmoins être reconnue dès le moment où le joueur s'adonnait à des obligations annexes, mais non négligeables, de son contrat de travail, liées par exemple à une participation à des séances de signatures d'autographes ou à d'autres réunions ou manifestations avec des sponsors du club.
3. Par la suite, lorsqu'il y avait reprise d'entraînement, seul ou en groupe, il ne pouvait encore être question d'une capacité de travail entière, mais entre 50% et 75% selon les cas (par exemple 50% si un maillot distinctif était porté et qu'il y avait des consignes internes visant à ménager le joueur).
4. À partir du moment où le joueur pouvait s'entraîner à fond avec les autres, quand bien même la compétition n'avait pas encore été reprise, c'était entre 75% et 100% (en fonction de la gravité de la blessure initiale et la durée de l'incapacité de travail) que pouvait être estimée la capacité de travail du joueur.
5. C'était au plus tard au jour de la reprise de la compétition (même si le joueur n'entraînait pas en jeu ou ne jouait que quelques minutes) que l'incapacité de travail se terminait.

Le médecin ne devait pas se borner à un choix binaire, tout ou rien. Il devait être plus nuancé et établir un certificat plus complet, comportant une information au sujet de la thérapie préconisée et sur les mouvements ou gestes à accomplir ou au contraire à éviter. Les sportifs n'étaient pas des blessés comme les autres et leur temps de récupération était sensiblement plus court que pour le commun des mortels. En conséquence, il était demandé au médecin de se prononcer sur les taux et dates de l'incapacité de travail à reconnaître dans le cas de l'assuré.

o. Dans un courriel du 5 juillet 2018, le Dr D_____ a indiqué à l'assurance, sur la base du tableau de reprise de travail des sportifs d'élite, que :

- pendant six semaines post opératoires, période pendant laquelle l'assuré avait été immobilisé par une attelle, sa capacité de travail avait été de 0% ;
- dès la sixième semaine, l'assuré avait pu écrire et commencer un entraînement cardio ; sa capacité de travail était passée à 25% ;

- dès la huitième semaine, il avait pu commencer des entraînements sans contact et sa capacité de travail était alors de 50% ;
- sa capacité de travail était passée à 75% pour s'entraîner avec les autres joueurs à trois mois post opératoires ;
- à quatre mois post opératoires, il avait été apte à 100% pour s'entraîner avec les autres joueurs ;
- au plus tard à six mois post opératoires, il était apte aux matchs.

p. Le 17 juillet 2018, le Dr E_____ a indiqué à l'assurance que le cas de l'assuré était sans complication et que le traitement continuait par de la physiothérapie et de la rééducation jusqu'à septembre 2018. L'assuré était totalement incapable de travailler, probablement jusqu'à septembre 2018.

q. Le 31 juillet 2018, l'assurance a informé l'assuré qu'elle lui versait l'indemnité journalière, sur la base du salaire annuel assuré de CHF 148'200.- et d'une indemnité journalière LAA de 80%, soit CHF 324.82, en tenant compte d'une incapacité de travail de 100% pour le 1^{er} mai 2018, 75% du 2 au 15 mai 2018, 50% du 16 mai au 12 juin 2018 et 25% du 13 juin au 31 juillet 2018. Elle déduisait les indemnités journalières versées à 100% du 1^{er} au 31 mai 2018 à hauteur de CHF 10'070.-. Elle lui verserait en conséquence sur son compte CHF 2'194.-.

r. Le 8 août 2018, l'assuré a fait valoir que, selon la jurisprudence, il avait droit aux indemnités journalières entières jusqu'à ce qu'il soit apte du point de vue médical à reprendre la compétition. Il concluait en conséquence au versement des indemnités journalières à 100%, à tout le moins jusqu'au mois de septembre 2018, et, en cas de refus, à ce que l'assurance rende une décision formelle sujette à recours.

L'assuré contestait également la désignation du Dr G_____ comme expert par l'assurance, relevant qu'il n'avait pas reçu de motivation à ce sujet, ni eu la possibilité de formuler d'autres propositions.

s. Le 31 août 2018, l'assurance a informé l'assuré qu'en ce qui concernait l'indemnisation de la perte de gain, elle avait versé les montants reconnus jusqu'au 31 juillet 2018. Pour ce qui était de l'expertise médicale, aucun élément objectif ne permettait de retenir une prévention de l'expert.

t. Le 10 septembre 2018, le Dr E_____ a indiqué à l'assurance que le traitement en cours était du renforcement et de la rééducation fonctionnelle avec un usage occasionnel d'une attelle de poignet. L'assuré était incapable de travailler à 20% jusqu'à décembre 2018. La rééducation progressait bien mais la force était limitée et il y avait des douleurs épisodiques. Il existait un risque important de rechute en cas de retour au hockey sur glace.

u. Le 11 octobre 2018, l'assurance a pris acte du refus de collaborer de l'assuré, qui ne s'était pas présenté, sans s'être excusé, au rendez-vous fixé le 14 septembre 2018 par le Dr G_____. Elle devait instruire les cas. L'absence de recherche de concertation ou de consensus dans le processus de désignation de l'expert n'était pas un droit justiciable en soi et seules des raisons pertinentes et non de vagues sous-entendus permettaient de récuser un expert. Avant de se prononcer par décision, elle demandait à l'assuré de lui préciser, d'ici au 20 octobre 2018, en quoi consistait actuellement son emploi du temps depuis le 1^{er} septembre 2018 (description de ses journées-type et évolution de sa situation).

v. Le 17 décembre 2018, le Dr E_____ a indiqué que l'assuré était totalement incapable de participer à des compétitions ou à des activités professionnelles sur glace pour une période indéterminée et possiblement permanente.

w. Par décision du 13 février 2019, l'assurance a considéré qu'il fallait s'en tenir aux taux et durées d'incapacité de travail reconnus par le Dr D_____ le 5 juillet 2018, sur la base du protocole en vigueur dans le monde des sports d'élite. Elle relevait que le Dr E_____ avait indiqué que l'évolution médicale de l'assuré était conforme au plan de marche prévu par le Dr D_____ et qu'il avait reconnu, le 10 septembre 2018, que l'assuré était en incapacité de travail à 20%. Partant, c'était à juste titre qu'elle avait servi, pour la période jusqu'au 31 août 2018, les indemnités journalières à 100% du 22 mars au 1^{er} mai 2018, 75% du 2 au 15 mai 2018, 50% du 16 mai au 12 juin 2018 et 25% du 13 juin au 31 août 2018.

x. Le 6 mars 2019, l'assuré a formé opposition à la décision de l'assurance du 13 février 2019 qui fixait son droit aux indemnités journalières pour la période du 22 mars au 31 août 2018, faisant valoir qu'il avait droit à des indemnités à 100% pendant cette période.

B. a. Le 4 mars 2019, l'assurance a informé l'assuré qu'elle allait procéder à une expertise médicale et lui a proposé deux nouveaux noms d'experts, soit le docteur H_____ ou le docteur I_____, tous deux experts SIM certifiés et spécialistes en chirurgie orthopédique et en traumatologie.

b. Le 19 mars 2019, le recourant a contesté la désignation du Dr I_____ comme expert et a proposé quatre autres experts spécialisés dans le domaine du sport.

c. Par décision du 17 mai 2019, l'assurance a désigné le Dr I_____ pour procéder à l'expertise de l'assuré.

d. Le 6 juin 2019, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, estimant que l'assurance n'avait pas procédé à une désignation consensuelle de l'expert et concluant à ce que la chambre de céans désigne un expert ou renvoie la cause à l'assureur pour reprise de la procédure de désignation d'un expert.

e. Le 11 juillet 2019, l'assurance a proposé directement à l'assuré deux nouveaux noms d'experts, le docteur J_____, orthopédiste spécialisé en sports d'équipe,

proposé sur la « *List of Medical Service Providers* » de l'*US Embassy for Switzerland*, et le docteur K_____, orthopédiste, expert SIM, spécialisé en médecine du sport, de la clinique de Genolier.

f. Le 23 octobre 2019, le recourant a constaté que l'assurance avait reconsidéré sa décision en entendant désormais confier l'expertise aux Drs J_____ ou K_____. Il s'agissait là de propositions formulées au juge, invitant ce dernier à choisir un expert, sans formuler de critiques contre les deux précités.

g. Par arrêt du 4 mars 2020 (ATAS/178/2020), la chambre de céans a désigné le Dr J_____ comme expert, considérant que l'intimée avait tenté de trouver un accord avec le recourant et vu l'absence de critiques formulées par celui-ci contre les derniers experts proposés.

h. Le 17 avril 2020, le Dr J_____ a informé l'assurance qu'il n'avait pas la disponibilité pour accepter le mandat d'expertise.

i. Le 20 avril 2020, l'assurance a informé l'assuré qu'elle allait confier l'expertise au Dr K_____, précisant le 14 mai suivant que le Dr J_____ avait refusé la mission d'expertise.

C. a. Dans son rapport du 21 septembre 2020, le Dr K_____ a résumé les pièces du dossier et procédé à une anamnèse ainsi qu'à un examen clinique de l'assuré. Il a posé les diagnostics de rupture TFCC du poignet droit le 4 janvier 2017, status post suture TFCC droit le 21 mars 2018, status post Bankart arthroscopique épaule gauche en 2010, status post suture lésion MP1 droit en 2000 au Canada et status post entorse acromio-claviculaire épaule droite traitée conservativement (date non déterminée). La stabilisation de l'état était à six mois de l'intervention du 21 mars 2018. À six semaines de l'intervention, la capacité était de 25% et à huit semaines de 50%, selon le tableau consensuel des reprises de travail sportifs d'élite. L'assuré n'avait pas repris l'entraînement, de sorte que sa capacité était restée à 50% jusqu'à la stabilisation de l'état. S'agissant de ses limitations, la réponse ne pouvait être que théorique dans la mesure où il n'avait pas repris « le stade de glace » pour des raisons qui ne pouvaient être exclusivement liées à son problème de poignet droit. Au vu de la récupération objectivée, il n'y avait pas de limitations précises à décrire, le fait que la reprise n'avait pas pu avoir lieu empêchait la description précise des limitations à la pratique du jeu. Il était clair qu'après plus de deux ans d'arrêt, les aptitudes à jouer au hockey sur glace étaient altérées. Sur le plan des séquelles du poignet droit et sur la base des plaintes de l'examen du 28 août 2020 :

- la capacité à s'entraîner était complète et devait être progressive ;
- la capacité à patiner n'était pas altérée ;
- la capacité à shooter était limitée dans un premier temps, car il était nécessaire, afin d'éviter les surcharges et les fautes techniques, de réaliser une reprise du shoot à l'entraînement de manière progressive en rapport avec la condition

physique globale. Elle était complète après la période d'entraînement et d'éventuels tests physiques de contrôle ;

- la capacité d'évoluer avec les coéquipiers n'était pas limitée pour autant que le reconditionnement ait pu être réalisé de manière optimale et la reprise de l'entraînement bien supportée ;
- la capacité de jouer contre un adversaire n'était pas limitée pour autant que les stades de rééducation, reathlétisation et entraînement soient atteints selon le programme. Il en était de même pour le jeu en match officiel.

Depuis l'événement du 1^{er} février 2018, l'assuré avait été incapable de travailler à 100% jusqu'au 5 mai 2018, puis à 75% jusqu'au 20 mai 2018, puis à 50% jusqu'au 20 juin 2018, à 25% jusqu'au 20 septembre 2018 et à 0% depuis le 21 septembre 2018.

Une activité tenant compte des limitations fonctionnelles était exigible, sans limitation de rendement ni de temps à la stabilisation de l'état, soit six mois après l'intervention.

b. Par décision du 2 décembre 2020, l'intimée a revu l'incapacité reconnue au recourant à la hausse selon les taux admis par l'expert K_____.

c. L'assuré a formé opposition à la décision précitée le 7 décembre 2020.

d. Le 23 mars 2021, l'assuré a informé l'assurance qu'il contestait les conclusions de l'expert K_____.

Il a produit un rapport établi le 24 janvier 2021 par le Dr E_____, qui indiquait être un chirurgien orthopédiste pleinement qualifié et un membre en règle du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada depuis 1998. Depuis 2012, il avait limité sa pratique à la chirurgie de la main et du poignet. Bien qu'il n'était pas un spécialiste des blessures sportives ou de la rééducation sportive, il avait une grande expérience du traitement et de la rééducation de nombreuses formes de blessures de la main et du poignet subies dans le cadre sportif. Il connaissait particulièrement bien les exigences du hockey sur glace pour les mains et les poignets, puisqu'il avait pratiqué ce sport à titre non professionnel pendant plus de 30 ans. L'assuré avait été évalué par lui pour la première fois le 7 juin 2017 suite à une blessure au poignet droit alors qu'il jouait au hockey en Suisse en janvier 2017. Il avait continué à jouer en utilisant une attelle pour soutenir son poignet droit jusqu'à la fin de la saison de hockey, au printemps 2017. Il avait indiqué souffrir d'une douleur permanente sur le côté cubital du poignet lorsqu'il tentait de l'utiliser avec une certaine force. En 2018, l'assuré lui avait à nouveau été adressé par le Dr D_____, de U_____, pour une assistance dans la gestion post chirurgicale de son poignet droit à la suite de la reconstruction du TFCC le 21 mars 2018. Lors de l'examen du recourant le 17 avril 2018, le site chirurgical cicatrisait bien et la mobilité du poignet était limitée. Il avait orienté ce dernier vers un thérapeute de la main pour une rééducation post opératoire. Quatre

semaines plus tard, le 15 mai 2018, la rééducation avait progressé comme prévu avec une certaine récupération de la mobilité du poignet droit. Des limitations substantielles de l'amplitude des mouvements du poignet avaient été enregistrées. La rééducation avait continué et l'assuré avait été à nouveau examiné les 12 juin et 4 septembre 2018. Il avait progressé comme prévu, avec une bonne récupération de la mobilité de son poignet droit ainsi qu'une récupération progressive de la force. En septembre 2018, l'assuré avait fait état d'une bonne fonction du poignet droit pour les activités de la vie quotidienne. Cependant, il signalait encore une douleur du poignet droit du côté ulnaire lorsqu'une force ou une charge était appliquée à la main et au poignet droit avec un poing fermé. L'assuré lui avait indiqué qu'il allait retourner en Suisse pour commencer à s'entraîner dans le but de reprendre le hockey compétitif. Le 17 décembre 2018, il était revenu le voir pour lui dire que son entraînement ne s'était pas déroulé comme il l'avait prévu. Il avait des douleurs au poignet droit lors des entraînements en salle et une fatigue accompagnée de douleurs lors des entraînements sur glace pour tirer des palets. En raison de ses symptômes récurrents, il ne lui était pas possible de reprendre le hockey sur glace à un niveau lui permettant de reprendre la compétition professionnelle en toute sécurité. Il était hautement improbable que des examens ou des traitements complémentaires permettent d'améliorer suffisamment les symptômes de son poignet droit pour atteindre ce niveau de fonctionnement sans douleurs. Le 18 décembre 2022, une nouvelle IRM/arthrogramme avait été réalisée pour évaluer le poignet droit. D'après sa lecture du rapport d'IRM, la réparation du TFCC était intacte, car il n'y avait pas de déchirure à ce stade et l'architecture de l'articulation environnante était normale. Le radiologue indiquait « variance positive ulnaire » dans le corps du rapport, mais contredisait ensuite cette indication en déclarant « variance négative ulnaire » dans le résumé du rapport. Une nouvelle radiographie avait été réalisée le 12 janvier 2021 qui, après son examen professionnel, confirmait une subtile variance cubitale négative, dans les limites de l'anatomie normale et qui n'était pas une cause de symptômes au poignet. Il n'y avait pas de pathologie identifiable pour laquelle, si un traitement était fourni, l'incapacité en cours pouvait être résolue.

Le diagnostic était une déchirure du complexe fibrocartilagineux triangulaire du poignet droit. L'assuré avait déclaré s'être blessé au poignet droit en jouant au hockey sur glace professionnel en Suisse en janvier 2017. Le rapport d'une IRM du poignet droit réalisée dans les semaines suivantes faisait état d'une déchirure du complexe fibrocartilagineux triangulaire. Cette pathologie correspondait aux plaintes subjectives de l'assuré de douleurs sur la face ulnaire du poignet droit et cette pathologie avait été confirmée lors de l'intervention chirurgicale du Dr D_____.

Malgré un traitement médical et chirurgical approprié, l'assuré continuait de présenter des symptômes de douleurs dans la zone de la lésion sur le côté cubital

du poignet droit. Les traitements ne parvenaient pas tous à résoudre les symptômes. Sur le plan fonctionnel, les douleurs empêchaient la tolérance aux mouvements énergiques du poignet ou aux charges de force élevées appliquées à la main et au poignet droits de l'assuré. Le hockey sur glace était un sport qui exigeait des charges et des forces très élevées exercées sur les mains et les poignets. La manipulation d'une crosse pour manier et tirer le palet ainsi que la force d'impact élevée au contact des autres joueurs, des bandes entourant la surface de la glace et de la surface de la glace elle-même pouvaient aggraver toute source de douleurs dans le poignet. En raison de la réapparition des douleurs au poignet droit lors de la pratique de hockey professionnel, le recourant ne pouvait plus continuer à jouer. Sa capacité à manier le palet, à tirer ou à tolérer l'impact élevé attendue pour un jeu normal était gravement compromise. L'assuré ne pouvait pas espérer une résolution de ses symptômes à un degré ou à un niveau compatible avec un retour au travail en tant que joueur de hockey professionnel.

e. Le 21 avril 2021, le Dr K_____ a procédé à un complément d'expertise suite à l'opposition formée par l'assuré et a indiqué que le protocole de reprise du travail correspondait à des phases très précises de la capacité de travail d'un sportif professionnel et tenait compte des limitations fonctionnelles transitoires en rapport avec un protocole de rééducation précis. La profession d'athlète de haut niveau professionnel n'était pas seulement sportive, mais également représentative et une reprise théorique à l'ablation de l'immobilisation plâtrée était tout-à-fait exigible. L'examen du dossier et l'expertise du 28 août 2020 ne permettaient pas d'expliquer médicalement l'absence de reprise, comme programmée à la suite de l'intervention du 1^{er} février 2018. Les rapports médicaux du Dr E_____ n'apportaient pas d'explication quant à l'absence de reprise d'activité. Il n'était pas indiqué de complications retardant ou ne permettant pas de suivre le programme de reprise protocolé. L'examen clinique du 28 août 2020 venait confirmer l'absence de complication.

f. Par décision sur opposition du 18 mai 2021, l'assurance a admis partiellement l'opposition, dans le sens que l'assuré était mis au bénéfice d'indemnités journalières à 100% du 1^{er} février au 5 mai 2018, à 75% du 6 mai au 20 mai 2018, à 50% du 21 mai au 20 juin 2018, à 25% du 21 juin au 20 septembre 2018 et à 0% à compter du 21 septembre 2018.

Pour le surplus, l'opposition était rejetée et la décision du 2 décembre 2020 confirmée, aucun droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité ni à une rente d'invalidité n'étant reconnu à l'assuré. L'effet suspensif d'un éventuel recours était retiré.

D. a. L'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice concluant, préalablement :

- à l'audition de l'entraîneur du Club, L_____ ;

- à ce qu'il soit ordonné à l'intimée de communiquer le nom et les coordonnées de l'interprète présente lors de l'examen de l'assuré réalisé par le Dr K_____ le 28 août 2020 ;
- à ce que l'audition de cette interprète soit ordonnée ;
- à ce que soit ordonnée une expertise judiciaire comprenant une évaluation des capacités fonctionnelles au moyen de tests permettant de mesurer les aptitudes physiques à réaliser les gestes nécessaires à la pratique du hockey.

Au fond, le recourant concluait :

- à l'annulation des décisions du 18 mai 2021 et 2 décembre 2020 ;
- à ce qu'il soit dit qu'il avait droit aux prestations de l'assurance au-delà du 21 septembre 2018 ;
- à la condamnation de l'intimée à lui verser des indemnités journalières à raison d'une incapacité de travail de 100%, de février au 21 septembre 2018 ;
- à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à raison d'une incapacité de gain de 100%, à compter du 21 septembre 2018 ;
- à la condamnation de l'intimée à une indemnité de procédure en sa faveur.

b. Le 28 septembre 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours.

c. Lors d'une audience du 2 novembre 2022, le mandataire du recourant a notamment indiqué à la chambre de céans que le recourant n'avait pas demandé les prestations de l'assurance-invalidité. Il avait arrêté le hockey sur glace en raison de l'atteinte à son poignet. Son mandataire ne savait pas si l'assuré travaillait actuellement. Il ne paraissait pas avoir les moyens suffisants pour se rendre en Suisse pour une audience. Il s'était marié et avait eu récemment un enfant.

La chambre a entendu comme témoin, L_____, un entraîneur du Club.

d. Le 22 novembre 2022, le recourant a transmis à la chambre une copie non signée de son premier contrat d'engagement du 5 août 2016 ainsi qu'une traduction française des extraits pertinents des pièces rédigées en anglais. Il indiquait en outre qu'il venait de terminer une formation dans le domaine de l'immobilier, activité qu'il exerçait à titre indépendant, mais qui ne lui permettait pas encore de générer des revenus. Il n'avait pas fait de demande à l'office fédéral de l'assurance invalidité résidant à l'étranger (OAIE). Il avait exercé une activité lucrative rémunérée du 1^{er} septembre 2016 au 31 mai 2017 et du 1^{er} septembre 2017 au 31 mai 2018, étant précisé qu'à compter du 1^{er} février 2018, date de son accident, il avait perçu les indemnités journalières qui n'étaient pas soumises à cotisations.

e. Lors d'une audience du 14 décembre 2022, la chambre de céans a entendu comme témoins, M_____, directeur administratif financier de N_____,

O _____ et P _____ de Q _____ (ci-après : Q _____). Il résulte de leur audition que N _____ agit comme une fiduciaire pour les différentes entités qui constituent le groupe R _____, soit notamment le club de football et le Club. Q _____ est mandatée par N _____ pour s'occuper de tout ce qui concerne les assurances. Depuis longtemps, tant qu'il y a un contrat de travail, les indemnités journalières sont payées au Club et non au joueur. Ensuite le joueur s'adresse directement à l'assureur et Q _____ n'intervient plus.

f. Le 15 décembre 2022, la chambre de céans a demandé à M _____ de lui transmettre un contrat type actuel et le contrat standard de joueurs auquel faisait référence le contrat signé par le recourant 2017.

g. Le 27 janvier 2023, N _____ a transmis à la chambre de céans le contrat type actuel des joueurs du Club, précisant n'être pas en mesure de fournir celui qui était applicable aux contrats en 2017. Après examen d'autres contrats pour la période concernée, il semblait que celui du recourant était le seul à se référer au contrat standard de joueur. Il s'agissait probablement d'une référence inadéquate à « l'*Offer sheet* » que la chambre lui avait fait parvenir. Le contrat comprenait l'ensemble de l'accord entre le joueur et le Club.

h. Le 26 janvier 2023, le recourant a indiqué qu'il était un joueur de hockey professionnel qui avait débuté sa carrière dans la ligue américaine de hockey en 2008-2009. Il avait poursuivi celle-ci en Amérique du Nord jusqu'à la saison 2015-2016, lors de laquelle il avait rejoint l'équipe des S _____ de T _____. Il avait ainsi joué 494 matchs de NHL au cours desquels il avait marqué 55 buts et 80 passes décisives.

Le 10 août 2016, il avait signé un contrat avec le Club et débuté la saison 2016-2017 lors d'un match du 23 septembre 2016. Il était arrivé à U _____ entre le 12 juin et le 23 septembre 2016. Suite à sa blessure, qui avait conduit à mettre fin à sa carrière de joueur professionnel, il était rentré au Canada au courant du printemps 2018. Depuis lors, il n'avait pas exercé d'activité lucrative lui permettant de générer un revenu imposable substantiel. Il disposait en revanche d'éléments de fortune, dont les rendements lui avaient permis de subvenir à ses besoins. Titulaire d'un diplôme d'école secondaire délivré en juin 2006, il avait entrepris en 2021 une formation dans le courtage immobilier. Il venait de débiter cette activité, qu'il espérait devenir rentable dans un proche avenir. Il disposait d'une complète capacité de travail dans une activité adaptée, qui ne sollicitait pas excessivement son poignet. Il reconnaissait pouvoir réaliser un revenu de l'ordre de CAN \$ 40'000.- par an, en se fondant sur le site officiel canadien en matière de statistiques sur le marché du travail. Son dernier revenu annuel net en qualité d'hockeyeur professionnel au sein du Club avait été, pour la saison 2017-2018, de CHF 350'000.- auquel s'ajoutaient des bonus en fonction des résultats du Club. Il intervenait de temps à autre, en principe une semaine par an, dans une école de hockey en tant que bénévole et n'était pas rémunéré pour cette activité. S'agissant de son droit à la rente, il serait bien évidemment limité dans le temps, en fonction

de l'âge moyen de retraite des joueurs de hockey sur glace (arrêt du Tribunal fédéral 8C_42/2015 du 19 mai 2015 consid. 5.2).

i. Le 27 janvier 2023, l'intimée s'est déterminée sur la question de la capacité de travail du recourant dès le 21 septembre 2018 dans une activité adaptée. Puisque selon les Drs K_____, D_____ et F_____, la capacité de travail du recourant était entière dès le 21 septembre 2018 dans l'activité d'hockeyeur, c'était *a fortiori* le cas également dans une activité adaptée, plus légère, comme celle d'entraîneur de hockey par exemple, activité qu'avait d'ailleurs visiblement exercé le recourant dans les années 2020, selon les renseignements obtenus lors de la dernière audience.

j. Le 21 février 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions.

k. Le 22 mars 2023, l'intimée a contesté les revenus hypothétiques d'invalidité avancés par le recourant ainsi que tout droit à une rente d'invalidité LAA, même passagère, étant rappelé que selon l'expert, sa capacité de travail était entière au plus tard à compter du 21 septembre 2018 dans son activité d'hockeyeur.

l. Le 9 août 2023 la chambre de céans a demandé au recourant de lui transmettre une traduction française des rapports de son médecin traitant au Canada, en particulier celui du 24 janvier 2021. Elle lui a également demandé de s'exprimer sur les projets d'avenir qu'il avait avant l'événement du 1^{er} février 2018, dès lors que son contrat de travail se terminait à la fin du mois de mai suivant. Quelles étaient ses perspectives d'avenir dans le hockey alors qu'il était âgé de 30 ans, soit l'âge moyen de la retraite d'un joueur de hockey ? Avait-il déjà planifié sa retraite de joueur et, cas échéant, quels étaient ses plans de reconversion ?

m. Le 30 août 2023, le recourant a produit une traduction du rapport médical du 24 janvier 2021 et répondu qu'au 1^{er} février 2018, il avait la ferme intention de poursuivre sa carrière d'hockeyeur professionnel. Il ne disposait pas de pièces attestant de démarches concrètes en vue d'un nouvel engagement pour la saison suivante, car les démarches en ce sens étaient généralement effectuées par les agents des joueurs de manière informelle à ce stade de l'année. Ce n'était qu'en fin de saison que les contrats étaient signés.

Dans son cas, c'était le 5 août 2016 que son contrat avait été signé avec le Club pour la saison débutant le 1^{er} août et il n'y avait pas eu, à sa connaissance, de pièces préalables à son engagement échangées avec son agent, si ce n'était l'envoi probable d'un projet quelque temps auparavant.

Pour mémoire cet accord portait sur une période d'une saison, plus une option d'une année, débutant le 1^{er} août 2016 et se terminant le 31 mai 2018. Si le Club souhaitait étendre l'accord pour l'option saison 2017-2018, il devait l'annoncer aux joueurs avant le 15 avril 2017. S'il choisissait de ne pas étendre l'accord pour la saison suivante, celui-ci prenait fin le 31 mai 2017.

Cela confirmait que le *mercato* des joueurs intervenait en fin de saison et parfois en dernière minute.

Le recourant s'est encore exprimé sur l'âge de la retraite des joueurs professionnels de hockey, contestant qu'il était notoire qu'il serait de 30 ans.

n. Le 21 septembre 2023, l'intimée a relevé que dans son rapport médical du 24 janvier 2021, le Dr E_____ confirmait que d'après sa lecture du rapport de l'IRM effectuée en 2020 sur le poignet droit du recourant, il n'y avait pas de déchirure à ce stade et que l'architecture de l'articulation environnante était normale. De même, la radiographie effectuée par ses soins en 2021 s'était, selon lui, avérée dans les limites de l'anatomie normale. Il n'avait donc pas trouvé d'explication objective à la symptomatologie douloureuse évoquée par le recourant.

L'intimée a fait encore valoir que l'âge moyen de la retraite d'un joueur de hockey professionnel se situait entre 28 et 30 ans, et qu'il ne fallait pas perdre de vue que le recourant avait déjà bien entamé son capital santé avant d'arriver en été 2016 en Suisse, puisqu'il avait déjà subi plusieurs blessures. En particulier, durant la saison 2015-2016 à Toronto, il avait été blessé et n'avait plus disputé que 35 rencontres, soit bien moins que les deux saisons précédentes (annexe A). Il n'appartenait pas à l'intimée de combler une hypothétique poursuite de carrière de joueur, d'autant plus au-delà de l'âge de 30 ans, et encore moins de financer une reconversion professionnelle.

L'intimée a produit trois articles extraits d'internet.

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. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où les accidents en cause sont survenus après cette date, (les 4 janvier 2017 et 1^{er} février 2018), le droit de la recourante 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 citées ci-après dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2017.

-
3. 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.

4. Le litige porte sur la quotité des indemnités journalières auxquelles a droit le recourant jusqu'au 21 septembre 2018 et sur son droit à une rente d'invalidité depuis lors. La date de la stabilisation de son état de santé (au 21 septembre 2018) n'est pas litigieuse.
5. Il convient d'examiner en premier lieu sur quelle base doit être fixée la quotité des indemnités journalières du recourant.

5.1

5.1.1 Le recourant estime qu'il a droit au versement des indemnités journalières à 100% jusqu'au 21 septembre 2018 et qu'il faut considérer qu'il était en complète incapacité de travail tant qu'il ne pouvait pas reprendre, sans limitation, le programme d'entraînement complet. Il conteste ainsi la décision querellée qui fixait les indemnités sur des taux d'incapacité de travail partiels, tels que déterminés par l'expert K_____ sur la base du protocole (75% du 6 mai au 20 mai 2018, 50% du 21 mai au 20 juin 2018, 25% du 21 juin au 20 septembre 2018 et 0% à compter du 21 septembre 2018).

Le recourant a fait valoir qu'il avait été engagé pour jouer des matchs de hockey sur glace et que la validité de son contrat d'engagement du 15 juillet 2017 auprès du Club était subordonnée à un examen médical par le médecin de celui-ci. Il ne pouvait pas lui être reconnu une capacité de travail partielle de 25%, au motif qu'il serait à même de s'adonner à des obligations annexes telles que la signature d'autographes ou la participation à des manifestations avec des sponsors du club, ni de 50 à 75% lorsqu'il avait été théoriquement en mesure de reprendre partiellement l'entraînement. Il n'avait pas été engagé pour signer des photographies ni réaliser des entraînements sans disposer de toutes ses facultés nécessaires à la pratique du hockey. La référence au protocole pour fixer des incapacités de gain partielles ne trouvait aucun fondement dans la doctrine et la jurisprudence. Par ce biais, l'intimée avait voulu orienter l'appréciation des médecins avec pour objectif de réduire de manière injustifiée ses prestations. En réalité, tous les médecins s'accordaient à reconnaître qu'il n'avait pas pu reprendre son entraînement sans limitation avant le 21 septembre 2018. Le Dr D_____ lui avait remis une dispense totale de sport jusqu'à cette date. Pour ces motifs et sans que des enquêtes ne soient nécessaires, le droit à des indemnités journalières entières devait lui être reconnu jusqu'au 21 septembre 2018.

Selon le Tribunal fédéral, le moment déterminant à partir duquel un joueur professionnel était censé avoir recouvré sa capacité de travail, et n'avait donc plus droit à l'indemnité journalière, était en règle générale celui où il était à nouveau en mesure d'effectuer le programme d'entraînement complet. Le fait que cette jurisprudence concernait un footballeur et non un hockeyeur n'enlevait rien à sa

pertinence. Cette jurisprudence ne laissait aucune place pour pondérer l'incapacité de travail en fonction des activités et de l'entraînement prévus par le protocole, qui n'avait pas pour but d'apprécier la capacité de travail du joueur.

5.1.2 L'intimée fait valoir que la jurisprudence invoquée par le recourant ne concernait pas un joueur de hockey mais un joueur de football, et qu'elle n'empêchait pas de pondérer l'incapacité de travail en fonction des activités et de l'entraînement suivi. C'était bien dans ce cadre que s'inscrivait le protocole.

Lors des entraînements de hockey, des maillots distincts étaient utilisés pour les joueurs qui revenaient de blessure afin qu'ils soient ménagés. L'entraînement était ainsi une composante à part entière du hockey et faisait partie des obligations du joueur, que celui-ci devait remplir, même s'il ne jouait pas durant les matchs de compétition. Cela faisait également partie de son obligation de diminuer le dommage.

Sur la base du protocole, le Dr D_____, médecin opérateur du recourant, s'était prononcé dans un avis médical du 5 juillet 2018 sur les taux d'incapacité de travail de celui-ci et avait établi un plan de marche.

Le Dr E_____ avait indiqué que l'évolution médicale du recourant était conforme à ce plan et avait reconnu, dans son avis du 10 septembre 2018, que celui-ci ne présentait plus qu'une incapacité de travail de 20%. Le Dr F_____ avait établi un calendrier identique de reprise d'entraînements et d'activités.

5.2

5.2.1 Selon l'art. 1a al. 1 LAA, sont assurés à titre obligatoire conformément à la présente loi, les travailleurs occupés en Suisse, y compris les travailleurs à domicile, les apprentis, les stagiaires, les volontaires, ainsi que les personnes travaillant dans des écoles de métiers ou des ateliers protégés (let. a).

5.2.2 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.

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

L'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80% du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

Le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de

l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage ; cf. ATF 129 V 460 consid. 4.2 p. 463 ; 114 V 281 consid. 1d p. 283 ; voir également l'art. 6, deuxième phrase, LPGA).

Le moment déterminant à partir duquel un joueur professionnel est censé avoir recouvré sa capacité de travail et n'a donc plus droit à l'indemnité journalière est en règle générale celui où il est à nouveau en mesure d'effectuer le programme d'entraînement complet (arrêt du Tribunal fédéral U 204 du 4 juillet 1994 in RAMA 1994 V 204).

Si une activité de substitution est exigible, un laps de temps suffisant, compris entre trois et cinq mois, doit être imparti à l'assuré pour lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé (ATF 129 V 462 s. consid. 4.2 et 4.3 et les références).

Dès lors que l'état de santé de l'assuré est stabilisé et qu'il y a en conséquence lieu d'examiner s'il a droit à une rente d'invalidité, l'assureur-accidents n'est pas tenu de lui impartir un délai pour s'adapter aux nouvelles circonstances et de continuer de lui verser les indemnités journalières pendant cette période. Il doit clore le cas et mettre un terme au paiement de l'indemnité journalière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2 et 4.3 et les références citées).

Un assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 21 al. 4 LPGA, art. 7 et 7b LAI). Dans le cadre de cette obligation de réduire le dommage, il doit participer activement à des mesures de réadaptation et suivre des traitements médicaux afin d'améliorer sa capacité de gain ou sa faculté d'accomplir ses travaux habituels et de permettre une réadaptation correspondante.

5.2.3 Aux termes de l'art. 50 LPGA, les litiges portant sur des prestations des assurances sociales peuvent être réglés par transaction (al. 1). L'assureur est tenu de notifier la transaction sous la forme d'une décision sujette à recours (al. 2). Les al. 1 et 2 s'appliquent par analogie à la procédure d'opposition ainsi qu'à la procédure de recours (al. 3).

Un assureur-accidents ne peut pas nier définitivement le droit à toute prestation en relation avec un accident assuré en mettant simplement fin, en procédure simplifiée, à l'octroi de prestations temporaires (indemnité journalière et traitement médical). Dans la mesure où des prestations durables sont en jeu, il lui appartient de rendre une décision formelle (ATF 132 V 412 consid. 4 p. 417). Une transaction passée avec l'assuré ne dispense pas l'assureur-accidents de rendre une telle décision, comme le prévoit expressément l'art. 50 al. 2 LPGA. À défaut de décision formelle, la transaction passée entre les parties n'acquiert pas la force de chose jugée, même si l'assuré ne l'a pas contestée dans un délai raisonnable et l'assureur ne peut refuser de statuer sur les prestations au motif que la question est

définitivement réglée. Il lui appartient d'entrer en matière sur la demande présentée par l'assuré, de procéder à un examen au fond et de statuer sur son droit aux prestations (arrêt du Tribunal fédéral U 378/06 et U 77/07 du 24 septembre 2007 consid. 3.2).

5.3

5.3.1 Il convient d'examiner le droit du recourant au versement des indemnités journalières par l'intimée à partir du 1^{er} mai 2018, étant rappelé que celle-ci a versé à son employeur les indemnités journalières à 100% jusqu'au 30 avril 2018, date de l'échéance du contrat du recourant et que l'employeur lui a versé son plein salaire pendant cette période. La date d'échéance du contrat était initialement prévue au 31 mai 2018, mais il ressort du courrier adressé par l'intimée au recourant le 6 avril 2018 qu'elle a été avancée au 30 avril 2018, ce qui n'est pas contesté par ce dernier.

5.3.2 Le degré de l'incapacité de travail doit en principe être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors. Selon la jurisprudence, le moment déterminant à partir duquel un joueur professionnel est censé avoir recouvré sa capacité de travail et n'a donc plus droit à l'indemnité journalière est en règle générale celui où il est à nouveau en mesure d'effectuer le programme d'entraînement complet.

À rigueur de texte, cette jurisprudence n'exclut pas la prise en compte d'une capacité de travail réduite, dans la mesure où elle mentionne un principe qui s'applique en « règle générale ».

Il convient d'admettre que lorsqu'un hockeyeur est blessé, son employeur peut exiger de lui la reprise de l'entraînement physique et des entraînements protégés dès que possible, de sorte qu'il a alors une activité professionnelle certes réduite, mais qui lui permet de maintenir son niveau et de favoriser son retour à la compétition. Le joueur est ainsi en mesure de répondre à une partie du contrat qui le lie à son employeur et consacre du temps à ce dernier. C'est ce qui se passe dans les faits, pour autant que la saison de hockey soit encore en cours. En effet, le témoin L_____ a déclaré que de manière générale, les joueurs blessés se présentaient tous les matins à la patinoire où ils bénéficiaient parfois de soins. Ils devaient participer aux réunions d'équipe et s'entraîner physiquement dans la mesure du possible. Cela paraît conforme à l'obligation générale des assurés de réduire le dommage de l'assurance.

Dans ce cas de figure, il apparaît envisageable de retenir une capacité partielle de travailler, mais cette question peut rester ouverte en l'occurrence, puisque l'employeur a reçu les indemnités journalières à 100% jusqu'à la fin du contrat avec le recourant.

La situation est différente lorsque le joueur n'est plus sous contrat avec un club, car il n'a alors plus de possibilité d'exercer partiellement son activité pour un employeur et qu'un nouvel engagement comme joueur professionnel apparaît peu probable. Dans ce cas, seul un accord transactionnel avec le joueur, formalisé par

une décision formelle, pourrait justifier le paiement d'indemnités journalières partielles.

5.3.3 Le témoin O_____, de Q_____, a indiqué que le protocole n'était pas appliqué, à tout le moins par le Club, mais qu'il existait un accord entre ce dernier, Q_____, les médecins et les assureurs, selon lequel lorsqu'un entraînement était possible avec un maillot de protection, une capacité de travail de 50% était reconnue au joueur jusqu'à ce que les entraînements normaux soient à nouveau possibles. Cet accord avait été passé pour réduire les frais – parce que les primes d'assurance-accidents étaient très chères en raison de la fréquence et de la longueur des cas d'accidents dans le domaine – et qu'il devenait difficile de trouver des assurances d'accord d'assurer le risque accidents des joueurs. Cet accord était largement accepté et avait été également passé avec d'autres clubs dont Q_____ s'occupait.

Le témoin L_____ a déclaré que trois ou quatre fois par année, les joueurs participaient à la promotion, en rencontrant des jeunes ou en signant des autographes par exemple. Certains joueurs étaient plus sollicités, mais au maximum huit fois par année. En principe, ces séances ne dépassaient pas une heure. Il ne connaissait pas le protocole. Pour lui, le retour au jeu dépendait de ce que disait oralement le médecin.

La chambre de céans considère que la prise en compte d'une capacité de travail partielle du recourant, fondée sur le protocole ou les accords passés entre le Club et l'intimée, ne se justifiait pas en l'espèce, car à teneur du dossier, le recourant n'a pas accepté leur application au moment de la signature de son contrat. De plus, quand bien même il l'aurait fait, cet accord ne le lierait pas, à teneur de la jurisprudence précitée (U 378/06 et U 77/07) et il pouvait encore contester les prestations octroyées par l'intimée en s'opposant à la décision formelle que celle-ci devait rendre dans ce cas.

Il convient dès lors pour cette période de s'en tenir à la jurisprudence du Tribunal fédéral. Le fait qu'elle concerne un footballeur et pas un hockeyeur ne s'oppose pas à son application, dès lors que les deux situations concernent des sportifs professionnels comparables.

- 6.** En l'occurrence, l'incapacité de travail du recourant a commencé peu avant la fin de la saison de hockey et il n'a plus eu l'occasion de faire des entraînements dans le cadre du Club. Il convient dès lors de déterminer sa capacité de travail, soit sa capacité à s'entraîner sans restriction, de manière théorique sur le plan médical.

6.1 L'intimée a retenu que le recourant était totalement capable de jouer comme hockeyeur professionnel dès le 21 septembre 2018 sur la base de l'expertise du Dr K_____, dont la valeur probante est contestée par le recourant.

6.2

6.2.1 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. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

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 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 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 ; 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).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

6.2.2 En matière d'expertise médicale, la jurisprudence considère le fait qu'un expert, médecin indépendant ou œuvrant au sein d'un centre d'expertises médicales, soit régulièrement mandaté par les organes d'un assureur et tire une grande partie de son revenu de cette activité, comme ne constituant pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à sa prévention ou à sa partialité, même si elle reconnaît que ce fait peut être préjudiciable à la bonne acceptation du processus expertal par les personnes concernées. Pour le Tribunal fédéral, est déterminant le fait que l'expert soit fonctionnellement indépendant de l'assureur et qu'il jouisse d'une pleine liberté dans la manière de conduire son expertise (Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales éd. par Anne-Sylvie DUPONT / Margit MOSER-SZELESS, 2018, n. 38-39 ad 44).

6.3 En l'espèce, la chambre de céans retient que l'expertise du Dr K_____ est probante malgré les critiques faites à son encontre par le recourant, qui seront examinées ci-dessous, et le fait qu'elle s'écartera de son appréciation sur la capacité de travail partielle jusqu'au 21 septembre 2018, étant relevé qu'il existe certaines constellations, comme c'est le cas en l'espèce, dans lesquelles il convient de s'écarter de l'incapacité de travail déterminée par une expertise médicale sans que celle-ci n'en perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_316/2017 du 5 octobre 2017).

6.4

6.4.1 Selon le recourant, dès lors que l'assurance avait d'autorité et en s'écartant du dispositif de l'arrêt de la chambre des assurances sociales du 4 mars 2020 (ATAS/178/2020) imposé le Dr K_____, l'opinion de celui-ci n'avait pas plus de valeur probante que celle d'un médecin-conseil avec toutes les conséquences en matière d'appréciation des preuves que cela comportait. Son appréciation ne résistait pas à l'examen.

6.4.2 Dans son arrêt du 4 mars 2020, la chambre de céans a désigné le Dr J_____ comme expert, sur recours du recourant, qui contestait la désignation du Dr I_____. Dans ce contexte, l'intimée avait proposé deux nouveaux experts, soit les Drs J_____ et K_____ et le recourant avait estimé que c'était à la chambre de désigner l'expert, sans formuler de critiques contre ces derniers. La chambre de céans a désigné le Dr J_____, sans motivation sur les compétences respectives des deux nouveaux experts proposés par l'intimée. Celui-ci a toutefois refusé de faire l'expertise par manque de disponibilité notamment, raison pour laquelle l'intimée a mandaté le Dr K_____. L'on ne peut dans ces circonstances considérer que celle-ci s'est écartée de l'arrêt de la chambre de céans. Elle n'avait pas le choix, puisqu'une expertise était nécessaire et que le Dr J_____ ne pouvait pas s'en charger. Dans la mesure où elle avait déjà proposé le Dr K_____ au recourant et que ce dernier n'avait pas émis de critique à son sujet, elle était fondée à le désigner pour faire l'expertise. Le Dr K_____ n'est pas employé de l'intimée de sorte que son rapport doit être considéré comme une expertise faite par un médecin indépendant au sens de l'art. 44 LPGA, à teneur de la jurisprudence précitée.

6.5

6.5.1 Selon le recourant, le contenu du rapport d'expertise ne correspond pas aux propos que le Dr K_____ lui avait tenus lors de son examen du 28 août 2020, en présence d'une traductrice. Il lui avait notamment dit qu'avec une diminution de force au poignet droit de 10%, il était évident qu'il ne pouvait plus poursuivre sa carrière d'hockeyeur professionnel et qu'il était impensable d'exercer le hockey en compétition à titre professionnel en ménageant son poignet droit dans les contacts et en exerçant la force nécessaire pour manier sa canne. Or, dans son rapport, le Dr K_____ n'avait pas dit que son éloignement de la compétition était dû au fait qu'il ne pouvait pas reprendre son activité professionnelle d'hockeyeur.

6.5.2 En l'espèce, il n'y a pas lieu d'instruire plus avant les éventuelles déclarations de l'expert lors de son entretien avec le recourant, car c'est la valeur probante de son rapport écrit qui est déterminante. L'audition de l'interprète n'apparaît en outre pas à même de pouvoir établir de façon satisfaisante les propos tenus par l'expert plus de trois ans après les faits. Ce grief doit ainsi être écarté.

6.6

6.6.1 Le recourant a relevé que l'expert s'était fondé sur un dossier incomplet, car il avait effectué son expertise sans disposer d'un dossier d'imagerie récent, ni faire des examens permettant de visualiser la situation.

6.6.2 L'expert devant se prononcer sur la capacité du recourant à jouer au hockey entre mai 2018 et la date de stabilisation de son état, en septembre de la même année, un dossier d'imagerie récent ne s'imposait pas pour rendre ses conclusions en 2020. Ce grief doit ainsi être écarté.

6.7

6.7.1 Le recourant a fait valoir que le rapport de l'expert était rédigé par moments dans un français approximatif difficilement compréhensible avec des phrases se succédant sans lien apparent entre elles.

6.7.2 La chambre estime que la lecture de l'expertise est compréhensible.

6.8

6.8.1 Le recourant a fait valoir que l'expertise était empreinte de contradictions et que l'expert procédait à des interprétations spécieuses. En ce qui concernait l'anamnèse, il avait noté que le recourant avait indiqué n'avoir pas repris la pratique professionnelle du hockey sur glace et que s'il pouvait toujours patiner et tenir une crosse, le maniement de celle-ci et les tirs en force n'étaient plus réalisables. Il avait encore des douleurs lors des surcharges mécaniques, comme le pelletage de neige et les travaux lourds de jardinage, ainsi que des douleurs mécaniques accompagnées d'un œdème autour du poignet droit surtout ulnaire. Ses douleurs cédaient au repos et ne nécessitaient pas la prise d'antalgie. Il avait fait des tentatives de retour sans succès, mais n'avait pas pu reprendre l'entraînement à un niveau normal. Il avait toujours, lors des entraînements de fitness, des douleurs lorsqu'il sollicitait son membre supérieur droit, par exemple pour les *push UPS*.

Dans son appréciation, l'expert avait relevé une diminution de la force dans le poignet droit de l'ordre de 10% et retenu comme limitations fonctionnelles définitives les activités très lourdes, répétitives, avec port de poids ou poussée-traction supérieurs à 30 kg ainsi que les mobilisations régulières de plus de 15 kg sollicitant le poignet droit.

À aucun moment, l'expert n'avait expliqué pourquoi le recourant aurait tenu des propos contraires à la vérité en soutenant que le maniement de sa crosse était entravé et qu'il ne pouvait plus réaliser des tirs en force.

Le Dr K_____ n'avait pas tenu compte des plaintes du recourant, mais avait quand même admis une diminution de la force du poignet droit de 10% et une limitation fonctionnelle dans les activités très lourdes et répétitives, en excluant toutefois que ces limitations aient un impact sur son activité habituelle, ce qui interrogeait s'agissant d'un sport de haut niveau.

6.8.2 La chambre de céans ne voit pas de contradictions ni d'interprétations spécieuses dans le rapport d'expertise. Les conclusions de l'expert sont motivées et convaincantes. Il pouvait s'éloigner des dires du recourant, dans la mesure où s'il devait en tenir compte pour évaluer son état de santé et sa capacité à exercer son activité habituelle, il devait également se fonder sur l'ensemble de son dossier et sur son examen clinique pour prendre ses conclusions.

6.9

6.9.1 Le recourant a encore fait valoir que le Dr K_____ avait indiqué faussement que la reprise de l'entraînement n'avait pas pu avoir lieu. L'entraînement avait pu reprendre, ce qui ressortait de l'anamnèse, mais pas à un niveau normal en raison des douleurs.

6.9.2 Il faut admettre en tous les cas que des entraînements n'ont pas pu reprendre dans le cadre d'un engagement comme hockeyeur professionnel, puisque le recourant n'était plus sous contrat avec le Club dès juin 2018, que la saison des matchs s'interrompt dès mars-avril et que le recourant n'a plus été engagé par un club.

De plus, il ressort des rapports du Dr E_____ que l'entraînement n'avait pas pu reprendre. En effet, celui-ci a indiqué :

- le 12 juin 2018, que le recourant ne faisait que commencer à faire des exercices de renforcement, qu'il aurait besoin de trois mois supplémentaires de physiothérapie avant de pouvoir déterminer s'il pouvait envisager de jouer à nouveau au hockey et qu'il n'était actuellement pas autorisé à reprendre le conditionnement physique, la pratique ou la participation au hockey sur glace ;
- le 17 juillet 2018, que le traitement continuait par de la physiothérapie et de la rééducation jusqu'à septembre 2018 et que l'assuré était totalement incapable de travailler probablement jusqu'à septembre 2018 ;
- le 10 septembre 2018, que la rééducation progressait bien mais que la force était limitée, qu'il y avait des douleurs épisodiques et qu'il existait un risque important de rechute en cas de retour au hockey sur glace ;
- et le 17 décembre 2018, que l'assuré était à 100% incapable de participer à des compétitions ou à des activités professionnelles sur glace.

Sur cette base, l'expert était fondé à retenir que l'entraînement n'avait pas pu reprendre pendant la période en cause. S'il ressort de l'anamnèse que le recourant a tenté de reprendre le hockey sans succès après le mois d'août 2018 et qu'il pouvait toujours patiner et manier une crosse selon lui, mais plus faire des tirs en force, cela ne suffit pas à retenir qu'il avait repris l'entraînement dans le cadre d'une équipe s'entraînant pour la compétition, ce d'autant moins qu'il avait expressément dit à l'expert qu'il avait fait une tentative de reprise du hockey sur

glace, sans succès, et qu'il n'avait pas repris cette activité. Le contenu de l'expertise n'est ainsi pas critiquable sur ce point.

6.10

6.10.1 Le recourant a relevé que le Dr K_____ avait indiqué que la situation était partiellement liée aux séquelles de sa lésion du poignet droit, qu'il n'y avait pas de contre-indications à la pratique du hockey sur glace, et que celles-ci, qui étaient consultables sur le site www.hockeyfrance.com, ne rendaient pas compte des problèmes orthopédiques. Les séquelles minimales de son poignet droit ne contraindraient pas la pratique du hockey sur glace. On peinait à comprendre l'articulation de ses membres de phrase accolées sans cohérence et le raisonnement suivi.

6.10.2 Il faut admettre que le paragraphe du rapport d'expertise cité par le recourant suscite des interrogations. Il ressort toutefois en substance de ce passage que l'expert admettait que l'absence de reprise des entraînements professionnels était partiellement liée aux séquelles de la lésion du poignet droit de l'assuré, à savoir une réduction de la force de 10%, mais qu'il considérait néanmoins que ces séquelles ne contraindraient pas la pratique professionnelle du hockey sur glace. La référence au site internet était soit erronée soit insuffisamment précise.

Ce grief ne suffit pas à remettre en cause les conclusions de l'expert, qui sont convaincantes dans leur ensemble.

6.11

6.11.1 Le Dr K_____ a estimé, dans son rapport du 21 septembre 2020, que les entraînements étaient théoriquement possibles dans la mesure où le dossier médical à disposition ne mettait pas en lumière une quelconque complication et qu'une reprise progressive de l'entraînement avait été envisageable dès le 21 juin 2018. Cette reprise n'avait pas eu lieu pour des raisons qui ne pouvaient être en rapport exclusivement avec l'atteinte au poignet droit du recourant, l'examen du 28 août 2018 ayant mis en évidence une récupération fonctionnelle compatible avec une telle reprise, selon les critères habituels de médecine du sport (récupération de la mobilité et 90% de la force).

Le 21 avril 2021, le Dr K_____ a précisé que les limitations fonctionnelles établies correspondaient à une activité lourde et qu'elles étaient tout à fait compatibles avec la pratique du hockey sur glace de haut niveau, d'autant plus que le poignet était protégé et ganté habituellement pour la pratique de ce sport. Objectivement, l'examen clinique du poignet droit n'avait mis en évidence aucune contre-indication à la reprise de cette activité. En tant que médecin du sport, il pouvait constater qu'après 18 mois d'arrêt de sa profession et de son activité sportive, il n'y avait pas de limitation précise à décrire au niveau du poignet droit du recourant. Les rapports médicaux du Dr E_____ n'apportaient pas d'explications quant à l'absence de reprise d'activité. Il n'était pas indiqué de

complication retardant ou ne permettant pas de suivre la reprise du programme prévu.

Le 12 juin 2018, le Dr E_____ a indiqué que le recourant ne pouvait pas reprendre le conditionnement physique, sans distinguer l'exercice physique avec ou sans usage de son poignet, ce qui paraît surprenant dans la mesure où il a indiqué, le 17 juillet 2018, que le cas de l'assuré était sans complications et qu'un conditionnement physique paraît au moins partiellement possible sans utiliser le poignet.

Le 10 septembre 2018, le Dr E_____ a relevé que la rééducation progressait bien, mais que la force était limitée et que le recourant avait des douleurs épisodiques. Il retenait un risque important de rechute en cas de retour au hockey sur glace, sans explication convaincante sur ce point.

Le Dr E_____ a encore indiqué dans son rapport du 24 janvier 2021 qu'une nouvelle radiographie avait été réalisée le 12 janvier 2021 qui confirmait une subtile variance cubitale négative dans les limites de l'anatomie normale et qui n'était pas une cause de symptômes au poignet. Il n'y avait pas de pathologie identifiable pour laquelle, si un traitement était fourni, l'incapacité en cours pouvait être résolue, selon lui.

Les rapports du Dr E_____ ne remettent ainsi pas sérieusement en cause les conclusions du Dr K_____.

7. En l'occurrence, le Dr K_____ a retenu dans son rapport du 21 septembre 2020 que la reprise de l'entraînement (protégé), selon l'étape 3 du programme proposé pour les sportifs d'élite (protocole), était possible dès le 21 mai 2018, et en conséquence une capacité de 50% dès cette date.

Pour la période postérieure à la fin du contrat, soit dès le 1^{er} mai 2018, jusqu'à la stabilisation de l'état de santé du recourant, le 20 septembre 2018, il y a toutefois lieu de considérer, en application de la jurisprudence du Tribunal fédéral, que le recourant avait droit à des indemnités journalières entières, puisqu'il ne pouvait pas reprendre les entraînements sans restriction avant le 21 septembre 2018 et que ni le protocole ni les accords passés entre le Club et l'intimée ne lui sont opposables.

8. Reste à examiner le droit à une rente d'invalidité du recourant dès le 21 septembre 2018.

8.1

8.1.1 Selon l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui

peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; méthode ordinaire de la comparaison des revenus).

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1) ; seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). En règle ordinaire, il s'agit de chiffrer aussi exactement que possible ces deux revenus et de les confronter l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références).

Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires

jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; ATF 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas devenue invalide (arrêt du Tribunal fédéral 8C_50/2022 du 11 août 2022 consid. 5.1.1 et la référence).

L'avenir professionnel d'un sportif de haut niveau dépend essentiellement de facteurs échappant à la sphère d'influence de l'intéressé. Le Tribunal fédéral a précisé que pour déterminer si la carrière d'un hockeyeur assuré aurait déjà pris fin, sans l'accident, au moment de déterminer son revenu sans invalidité pour établir le taux d'invalidité, il fallait déterminer l'âge moyen de la retraite dans le sport considéré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_42/2015 du 20 mai 2015 consid. 5.2). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a notamment considéré que le recourant avait déjà 32 ans au moment de l'accident en septembre 2007, et que rien ne permettait de supposer que son contrat de joueur - qui devait se terminer en avril 2009 - aurait été prolongé, sans l'accident. L'âge du recourant au moment de la naissance d'un droit potentiel à une rente d'invalidité était de 37 ans et s'il était vrai que certains joueurs professionnels avaient exercé leur sport à un haut niveau au-delà de cet âge-là, on était fondé à considérer que ce n'était de loin pas le cas pour la majorité d'entre eux. En effet, il ne s'agissait pas de savoir combien de sportifs professionnels étaient encore actifs à 37 ans ou plus, mais de déterminer l'âge moyen de la retraite des joueurs de hockey sur glace (voir par comparaison VSI 1998 p. 174 s. ; arrêt I 779/03 du 22 juin 2004 consid. 5). En outre, le recourant ne précisait pas concrètement quels indices il prétendait avoir fournis, qui permettraient de conclure à la poursuite de sa carrière au-delà de cet âge-là. Dans ces conditions, la juridiction cantonale n'a pas violé le droit d'être entendu de l'assuré en renonçant à mettre en œuvre une expertise et en considérant qu'en 2012, la carrière d'hockeyeur du recourant aurait déjà pris fin, sans l'accident du 15 septembre 2007.

Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il n'est pas nécessaire de les chiffrer précisément, dans la mesure où le taux d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail. Dans ce cas, le degré d'invalidité correspond en effet au degré d'incapacité de travail, compte tenu d'une éventuelle déduction du salaire fondé sur les statistiques, qui ne doit pas dépasser 25%. Il ne s'agit pas d'une « comparaison en pour-cent » au sens de l'ATF 114 V 310 consid. 3a, mais d'une simplification purement arithmétique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_111/2023 du 12 octobre 2023 consid. 6.2 et les références).

Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalidé est possible (arrêt du Tribunal fédéral 9C_842/2018 du 7 mars 2019 consid. 5.1 et les références).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3. et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (cf. ATF 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

L'âge moyen de la retraite des joueurs de hockey se situe entre 28 et 30 ans. Ces dernières années, la retraite a « avancé », grâce à un meilleur conditionnement qui permet aux joueurs de jouer à un âge plus avancé. L'âge de la retraite dépend aussi de la position du joueur au hockey. Selon Rob VOLLMAN dans son livre Stat Shot : The Ultimate Guide to Hockey Analytics (du 8 août 2017, et mis à jour en 2018) : « La plupart des joueurs atteignent leur âge maximal à 24 ou 25 ans, puis déclinent progressivement jusqu'à 30 ans, moment auquel leur performance peut commencer à chuter plus sensiblement avec le risque d'effondrement absolu à 34 ou 35 ans (<https://www.sportpedia.ca/hockey/a-quel-age-les-joueurs-de-la-lnh-recoivent-ils-leur-pension>, extrait du 13 septembre 2023).

La durée moyenne de la carrière dans le hockey (LNH) est de 5.5 ans au Canada (affairesdegars.com/sports/la-duree-moyenne-dune-carriere-dans-la-lnh-la-nfl-la-nba-et-la-mlb/ publié le 4 avril 2016).

8.2 Sur la base de l'expertise du Dr K_____, il y a lieu de retenir que le recourant a retrouvé une pleine capacité à jouer au hockey en tant que professionnel au moment de la stabilisation de son état de santé au 21 septembre 2018, de sorte qu'il n'y a pas de perte de gain à retenir ni droit du recourant à une rente d'invalidité.

8.3 Il convient d'ajouter, à toutes fins utiles, que même s'il avait été retenu que la capacité de travail n'était pas entière dans l'activité habituelle de joueur de hockey, le résultat serait le même.

En effet, dès le 21 septembre 2018, il n'est pas contestable que le recourant était totalement capable de travailler dans une activité adaptée, à savoir excluant uniquement les activités très lourdes et répétitives.

Il n'était alors plus sous contrat avec le Club et il n'a pas allégué avoir eu un autre contrat en perspective. Il convient dès lors de se fonder sur l'âge moyen de la retraite d'un joueur de hockey professionnel pour déterminer s'il faut retenir comme revenu sans invalidité celui de joueur professionnelle de hockey ou un autre revenu. En l'occurrence, le recourant avait 30 ans au moment de la fixation de son taux d'invalidité, soit l'âge moyen de la retraite pour un hockeyeur professionnel.

Le recourant a fait valoir que plus de la moitié des joueurs du Club U_____ aurait plus de 30 ans durant la saison 2023/2024, que neuf joueurs du Club auraient entre 33 et 40 ans en 2024 et que de nombreux joueurs en NHL nord-américaine poursuivaient leur carrière jusqu'à la quarantaine, s'ils n'étaient pas blessés. Cette argumentation n'est pas convaincante, car à teneur de la jurisprudence précitée (8C_42/2015), il ne s'agit pas de savoir combien de sportifs professionnels sont encore actifs après 30 ans, mais quel est l'âge moyen de la retraite des joueurs de hockey sur glace.

Il faut également rappeler à cet égard que la durée moyenne d'une carrière dans le hockey professionnel est de 5.5 ans au Canada et que le recourant avait déjà 10 ans de carrière en 2018. De plus, comme l'a relevé l'intimée, durant la saison 2015-2016 à Toronto, il n'a disputé que 35 rencontres, soit bien moins que les deux saisons précédentes, soit 82 et 71 (A_____ - Wikipédia.org), ce qui atteste d'une carrière plutôt en déclin.

Il en résulte que même si le recourant était totalement incapable de travailler comme hockeyeur professionnel au moment de la détermination de son taux d'invalidité, ce ne serait pas son dernier salaire en tant que tel qui serait déterminant pour fixer le taux d'invalidité, mais celui qu'il pourrait obtenir dans une autre activité adaptée. Le recourant n'ayant pas encore repris une activité rémunératrice au moment de la détermination de son droit à une rente d'invalidité, les revenus avec et sans invalidité doivent être fixés selon la même table statistique, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de fixer ces revenus précisément. Les conditions de la prise en compte d'un abattement sur le revenu avec invalidité ne sont manifestement pas remplies. Le recourant étant capable de travailler à 100% dans une activité adaptée, il faut constater qu'il ne subirait pas de perte de gain et qu'il n'aurait donc pas droit à un rente d'invalidité, même si l'on considérait qu'il n'était plus capable de jouer au hockey à titre professionnel.

9. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, et la décision querellée sera réformée dans le sens que le recourant a droit à des indemnités journalières entières dès la fin de son contrat, soit du 1^{er} mai 2018 au 21 septembre 2018.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant assisté d'un conseil, il a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 3'000.- et mis à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

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

Statuant

conformément à l'art. 133 al. 2 LOJ

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision querellée dans le sens que le recourant a droit au versement par l'intimée des indemnités journalières à 100% du 1^{er} mai au 21 septembre 2018.
4. La confirme pour le surplus.
5. Alloue au recourant, à la charge de l'intimée, une indemnité de CHF 3'000.- pour ses dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Valérie MONTANI

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