

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 août 2020

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
Mme Durussel, juge, et M. Gutmann, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Muriel Vautier, avocate à Lausanne,

et

**C.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, intimée.

---

**Art. 6 al. 1 LAA**

## **E n f a i t :**

**A.** W.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], était joueur de hockey professionnel. Le 22 janvier 2015, il a été victime d'un accident en ce sens que, selon la déclaration d'accident du 27 janvier 2015, il a subi un violent choc à la tête donné par un adversaire. La déclaration d'accident indique qu'il a subi une commotion.

Dans un rapport médical initial LAA du 17 février 2015, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a attesté que l'assuré avait subi un choc à la tête par un adversaire et qu'il souffrait de céphalées. Il a posé le diagnostic de concussion.

Selon un rapport du 24 juillet 2015 du Dr H.\_\_\_\_\_, l'assuré a été traité en [...] durant la trêve de la saison sportive. Il souffrait encore de céphalées invalidantes l'empêchant de s'entraîner et aussi pour les actes de la vie quotidienne. Le traitement consistait en une rééducation vestibulaire. Mais son évolution n'était pas encore satisfaisante. L'assuré souffrait de céphalées à l'effort physique mais aussi lors d'activités avec une concentration importante ou au bruit.

Dans un rapport du 27 octobre 2015, le Dr H.\_\_\_\_\_ relate qu'il n'y a pas d'amélioration et que l'assuré a toujours des céphalées à l'activité physique. Il précisait que l'assuré était allé à ses frais suivre une thérapie fonctionnelle à [...] avec un médecin spécialiste américain.

Le 21 janvier 2016, le Dr P.\_\_\_\_\_, neurologue FMH, a établi le rapport suivant :

"Comme convenu j'ai vu le patient, en compagnie de son directeur sportif qui souhaitait être présent, le 20 janvier 2016 à ma consultation de [...]. Il s'agit d'un hockeyeur professionnel, [...], jouant au [...], ayant subi un traumatisme sévère le 22 janvier 2015 dans un contexte de bodycheck du côté droit et l'arrière, qu'il n'avait pas vu venir, et où il signale que le joueur responsable a ensuite été suspendu pour cette raison. Il dit avoir pris l'épaule sur le côté droit de la figure, sans perte de conscience, il s'en souvient,

ni nette chute, sauf peut-être d'avoir mis un genou à terre. Cependant, après 1 à 2 secondes, survenue de sensation vertigineuse, de douleurs céphaliques, et d'une vision floue, ce qui l'a forcé à interrompre le match, et il a également vomi 2x. Durant les 2-3 semaines suivantes, il a dormi et manger (*sic*) sans autre activité, puis une légère amélioration s'est produite, toujours d'ailleurs en cours, mais avec des plaintes qui limitent considérablement ses activités.

En effet, dès le moindre effort, ou des activités en groupe, survenue de céphalées, d'impression de gueule de bois, d'hypersensibilité au bruit et à la lumière, sans nette nausée, mais avec une impression de fatigue significative. Le patient n'a pas pu s'entraîner depuis 1 année pour cette raison, mais il reste sous contrat pour l'instant.

Il ne se dit pas déprimé, sans nette tristesse, ou peur, son sommeil est d'environ 8 heures, plus quelques siestes diurnes.

En ce qui concerne ses activités, il sort, il marche, il va au club où il fait de la physiothérapie, est capable maintenant de regarder un peu la télé et de faire de l'ordinateur, ce qui n'était pas possible sur le plan de l'intolérance visuelle initialement. Il lit, mais ne fait pas d'activité ménagère, son épouse étant à domicile avec lui.

Sur le plan des investigations, il n'y a pas eu grand-chose à l'époque, et le patient a été vu par un centre d'oculovestibulographie en [...], avec comme conseil certains exercices de mouvement des yeux que le patient fait encore actuellement.

Il y a eu également un CT-scan cérébral au moins (*sic*) de juin, que j'ai pu examiner, qui est de mauvaise qualité, et ne montre pas de lésion détectable, sans évidemment que l'on puisse exclure une lésion mal visible sur ce type d'examen.

Sur le plan thérapeutique il fait de la physiothérapie ainsi que des mouvements oculaires susmentionnés, il n'a pas de médicament prescrit, sauf de temps en temps un anti-inflammatoire.

En ce qui concerne ses antécédents, pas d'ancien traumatisme crânio-cérébral ou d'autre accident significatif, pas d'hospitalisation pour maladie, il n'y a pas d'antécédent neurologique familial connu, anamnestiquement.

Par ailleurs, le patient se plaint de quelques troubles modérés de la concentration et de la mémoire, ils étaient plus nettes (*sic*) mi-2015, et se sont globalement estompés progressivement. Selon les informations que vous nous avez transmises, le patient aura prochainement un bilan neuropsychologique à [...] et nous n'y avons donc pas procédé.

Au status neurologique, il n'y a pas d'anomalie spécifique des paires crâniennes, si ce n'est une gêne subjective lors des mouvements des yeux lors des tests vestibulo-oculaires. Pas d'hypoacousie, pas de trouble de l'olfaction, le champ visuel est complet, le fond de l'œil physiologique, il n'y a pas d'atteinte sensitivomotrice facio-

bucco-laryngo-pharyngée, pas de dysarthrie ou de dysphagie. Nuque souple, pas de signe de Lhermitte.

Au niveau des membres, le status est également normal, sans asymétrie ou anomalie sensitivomotrice ou réflexe, pas de réflexe pathologique, notamment pas de signe de Babinski, chez ce patient droitier.

Les épreuves de coordinations cinétique et statique sont également normales, la TA est à 130/80 mmHg au membre supérieur droit en décubitus, pas d'arythmie, pas de souffle cervical.

En conclusion, ce tableau post-traumatique nécessite des éclaircissements sur le plan de l'imagerie cérébrale, une lésion contusionnelle fronto-temporale ne pouvant être exclue, sur la base du status ainsi que du mauvais scanner effectué à l'étranger en juin dernier. De même, une dissection artérielle, notamment au niveau des artères vertébrales devrait être exclue formellement, et j'ai également prévu de faire effectuer une tractographie (*sic*), qui permet de détecter des lésions plus fines au niveau des connexions de la substance blanche cérébrale. Cet examen aura lieu sur un appareillage 3 tesla prochainement, et les résultats vous seront communiqués.

Sur le plan thérapeutique, nous attendrons évidemment ces résultats, mais il me semblerait utile, voire de donner une prescription d'un Triptan pour les épisodes à composante migraineuse que le patient décrit avec les facteurs déclenchant susmentionnés, par exemple sous forme de Relpax 40 mg à prendre immédiatement au début des premiers prodromes. En outre, vu le syndrome de fatigue post-traumatique et les troubles de la concentration subjectifs, et aussi en fonction des résultats de l'examen neuropsychologique à venir, il serait probablement utile de prendre un SSRI de type Fluoxétine, très stimulant et qui permettrait d'améliorer le syndrome de fatigue et les troubles subjectifs de la concentration."

Le 29 janvier 2016, A. \_\_\_\_\_, psychologue, spécialiste FSP en neuropsychologie et psychothérapie, a établi un rapport se concluant ainsi :

"Résumé et discussion : L'examen neuropsychologique de cet assuré de 28 ans été victime d'un accident de sport en janvier 2015 sans perte de connaissance, ni lésions cérébrales à l'imagerie, mais avec des plaies telles qu'on peut les trouver dans des situations de TCC (fatigabilité, vertiges, maux de tête, sensibilité au mouvement et à la lumière notamment), ne met pas en évidence de déficit, ni exécutif, ni attentionnel, ni mnésique.

Toutefois, on est frappé par des scores dans les tests d'attention se situant le plus souvent dans la norme, aux alentours du centile 25, voire un peu plus bas, au centile 18, éventuellement même (comme au d2-R), inférieur aux normes (centile 12), ce qui apparaît faible chez un sportif professionnel dont l'activité sollicite l'attention et requiert des réactions très rapides en fonction d'événements

changeants. En d'autre terme, on peut considérer que, du point de vue attentionnel, M. W.\_\_\_\_\_ est un peu lent.

Une tâche de mémoire de travail (empan envers) est déficitaire. Cela est peu significatif puisqu'on ne retrouve pas de déficit à une autre tâche de mémoire de travail, mais doit être noté car la mémoire de travail est au confluent de la mémoire, de l'attention et des fonctions exécutives.

Par ailleurs, un test d'attention soutenue confirme une fatigabilité attentionnelle. M. W.\_\_\_\_\_ montre d'ailleurs des signes cliniques de fatigue en fin d'examen (mimique notamment).

Ces faits sont observés alors que les tests neuropsychologiques ne constituent pas du tout une situation d'effort physique, lequel est, selon l'assuré, le principal facteur provoquant les symptômes dont il se plaint.

Il n'est évidemment pas possible de savoir ce que M. W.\_\_\_\_\_ aurait produit aux mêmes tests avant l'accident de janvier 2015. Toutefois, si l'examen neuropsychologique ne met pas en évidence de déficit cognitif avéré, il confirme une certaine lenteur et une fatigabilité qui altère le fonctionnement attentionnel. Cela est compatible avec les plaintes de M. W.\_\_\_\_\_ concernant sa concentration.

Diagnostic : Il n'y a pas de diagnostic neuropsychologique à retenir puisqu'il n'y a de déficit avéré dans aucune tâche. En revanche, on retiendra une certaine lenteur par rapport à ce qui peut être attendu chez un sportif professionnel, hockeyeur de surcroît, et de la fatigabilité attentionnelle.

Facteurs étrangers : Je n'ai pas identifié de facteurs étrangers dans le contexte de l'examen neuropsychologique. L'engagement de l'assuré dans les tâches, en particulier, est normal.

Limitations : Elles se constituent pour l'essentiel d'une fatigabilité qui apparaît dans l'examen alors même qu'aucun effort physique n'est demandé (ce qui, selon l'assuré, est la cause principale de l'apparition de ses symptômes). Cette fatigabilité limite le nombre d'heure[s] où une activité requérant une attention soutenue et affûtée comme celle de hockeyeur professionnel peut être demandée.

Capacité de travail dans l'activité habituelle : Elle apparaît pour l'heure légèrement altérée en raison de la relative lenteur et de la fatigabilité attentionnelles, mais il serait hasardeux de quantifier précisément la diminution de l'activité pour des raisons neuropsychologiques du fait qu'il n'y a pas de déficit avéré d'une part, et qu'il ne paraît pas possible d'isoler l'influence précise de la composante purement neuropsychologique de la problématique générale sur l'activité spécifique de hockeyeur.

Capacité de travail dans une activité adaptée : Une activité adaptée devrait solliciter peu l'attention. Mais par ailleurs, toute activité correspondant au niveau de formation (scolarisation) de l'assuré est possible, car il n'y a pas de limitations cognitives autres que celles

décrites ci-dessus affectant l'attention. Cependant, si l'on tient compte de ce que dit l'assuré, il ne pourrait s'agir d'une activité physique (sportive). La nature précise de ce que pourrait être une telle activité resterait à déterminer au travers d'une évaluation des compétences professionnelles de l'assuré dans un centre spécialisé."

Par décision du 29 mars 2016, C.\_\_\_\_\_ (ci-après : la C.\_\_\_\_\_ ou l'intimée) a informé l'assuré qu'elle mettrait fin à ses prestations le 30 avril 2016 puisqu'elle estimait qu'il n'existait pas de rapport de causalité adéquate entre l'accident du 22 janvier 2015 et les troubles actuels. Elle considérait que l'événement était un accident de peu de gravité pour lequel la causalité adéquate pouvait être d'emblée écartée selon la jurisprudence du Tribunal fédéral.

L'assuré a fait opposition le 4 avril 2016.

Dans un rapport du 7 avril 2016, le Dr P.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'aucune lésion contusionnelle fronto-temporale n'avait pu être mise en évidence ni d'ailleurs une ancienne dissection traumatique d'une artère à destination cérébrale.

Dans une lettre du 25 avril 2016 au Dr H.\_\_\_\_\_, le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'assurance, écrit qu'à son avis l'assuré avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé dès le 1<sup>er</sup> mai 2016, étant précisé qu'il ne faisait aucun doute que la capacité de travail en tant que hockeyeur professionnel était nulle.

Dans un rapport du 10 juin 2016, le Dr H.\_\_\_\_\_ a indiqué que depuis son traumatisme crânien, l'assuré souffrait de céphalées invalidantes se manifestant lors des épreuves de concentration ou à l'activité physique même modérée (marche) au-delà d'une demi-heure environ. A l'examen clinique les constatations objectives sont faibles voire absentes ; elles sont anamnestiques. Le médecin posait le diagnostic de commotion cérébrale post traumatique. Il indiquait que les symptômes étaient permanents avec une photophobie et une sonophobie, fatigue et vertiges. Subjectivement, l'assuré vivait mal les conséquences de son accident étant donné qu'il n'était plus en mesure d'exercer son métier et

sa passion de hockeyeur professionnel. Il en résultait un état dépressif. Physiquement, aucune constatation extérieure n'était objectivable. L'état de santé de l'assuré ne subissait aucune amélioration. Il était plutôt stable. Le médecin estimait probable que la stabilisation de l'état de santé datait de la fin 2015. L'assuré était incapable de faire un effort physique faible ou modéré. Il était donc exclu qu'il puisse reprendre son travail habituel de hockeyeur ni sur la glace ni pour la préparation physique. Pour le médecin, une activité adaptée consisterait en un travail de bureau dans le secteur tertiaire mais l'assuré n'a pas de formation spécifique dans le domaine et ne maîtrise pas le français. Il semblait illusoire au Dr H. \_\_\_\_\_ qu'un travail adapté puisse être exercé au-delà de 30 % car il faudrait que l'assuré puisse faire des pauses pendant son activité ce qui réduirait probablement le rendement.

Dans un rapport du 3 août 2016, le Dr H. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il ne pensait pas qu'une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée était possible en raison de l'évolution et des symptômes de l'assuré. Il est d'avis qu'une capacité de travail de 50 % est le maximum exigible dans une activité adaptée mais que probablement, le rendement serait plus proche de 30 % des pauses étant nécessaires durant le temps de travail.

Le 8 août 2016, le même médecin a certifié que l'assuré prenait quotidiennement un traitement de Fluctine® (20 mg/j).

Dans un rapport du 24 août 2016, le Dr B. \_\_\_\_\_, médecin-chef de la Clinique [...] à [...], a posé le diagnostic de status après contusion à la tête avec une commotion cérébrale le 22 janvier 2015 avec notamment :

- Sévère syndrome post commotionnel.
- Première commotion sans mal de tête anamnestiquement avec développement d'une phase dépressive post-commotionnelle.
- Status après réhabilitation vestibulaire pour soupçon d'une vestibulopathie post commotion.

Dans un rapport du 25 août 2016, les Drs Q.\_\_\_\_\_, neurologue, médecin-chef, et G.\_\_\_\_\_, neurologue, du [...], ont diagnostiqué des troubles vestibulaires au niveau oculaire.

Dans un rapport du 17 novembre 2016, faisant suite à une angio-IRM cérébrale et des CAI du même jour, la Dre K.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu que l'examen était dans les limites de la norme sans évidence de lésion post-traumatique séquellaire ou inflammatoire sur la topographie des nerfs acoustico-vestibulaires et au niveau du tronc cérébral. La médecin précisait qu'au niveau des sinus, de la base du crâne et des cellules pétro-mastoïdiennes, on retrouve sans changement significatif un comblement polypoïde à la base du sinus maxillaire gauche et un comblement inchangé au niveau des apex pétreux et également un comblement minime mais qui est toutefois nouveau à la base de la mastoïde gauche.

Dans un rapport du 25 novembre 2016, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin-chef de l'Unité d' [...] du [...], a posé le diagnostic de symptômes post-commotionnel persistants, diagnostic fondé sur l'anamnèse et l'histoire clinique. Un audiogramme tonal a été effectué le même jour, montrant une audition normale des deux côtés avec cependant une légère asymétrie des seuils en défaveur de la gauche pouvant suggérer une commotion labyrinthique.

Une expertise a été confiée au Dr P.\_\_\_\_\_, dont le rapport du 2 décembre 2016, se conclut ainsi :

"3. Consta[ta]tions objectives ?

3.1 Etat général, état psychologique, laboratoire, radiographies etc. (Veuillez svp distinguer entre vos propres consta[ta]tions suite à l'examen et celles d'autres médecins et établissements et nous donner votre appréciation).

Le patient ne présente aucune anomalie neurologique objectivable, tant au status qu'au nouveau contrôle de l'IRM cérébrale avec séquences angiographiques et tractographiques. L'examen neuropsychologique que nous avons pratiqué met en évidence des scores « sévèrement déficitaires » dans le domaine mnésique, attentionnel et

exécutif, éléments paraissant en aggravation par rapport à l'examen initial de M. A.\_\_\_\_\_. Cependant, nous avons cette fois-ci pratiqué une évaluation sensible aux éléments de surcharge et d'autolimitation (TOMM) qui est largement échoué, évoquant un effort mental submaximal durant les épreuves et des performances de l'ordre du hasard à des tests simples, ne validant ainsi pas la présence des « déficits » neuropsychologiques détectés ou leur aggravation. Lors de son évaluation otoneurologique, le Dr N.\_\_\_\_\_ n'a décrit qu'une discrète asymétrie de l'audition en défaveur de la gauche, sans avoir répété les tests effectués à Zurich (rapport du 25.08.2016), qui décrivait une dysfonction vestibulaire sous formes de troubles de la fixation avec micro-ondes carrés et troubles visuels aux mouvements. On notera que lors de notre examen clinique (poursuite oculaire, examen des saccades, coordination visuo-oculomotrice), nous n'avons pas retrouvé d'anomalie significative, le patient n'ayant d'ailleurs aucune anomalie visuo-oculomotrice dans des tests comme la lecture, etc. Cette apparente discordance ne doit le plus vraisemblablement pas s'expliquer par une amélioration entre l'examen d'août et de septembre 2016, mais témoigne d'une modeste ou du peu de signification clinique des anomalies détectées lors des tests appareillés à [...]. On notera aussi que les derniers tests sont facilement influençables par l'état de concentration et de motivation du patient, au moment du testing, et qu'il faut probablement mettre le résultat aussi dans la perspective de notre observation des résultats déficitaires aux tests de validation des symptômes mentionnés ci-dessus (TOMM). Relevons ici que l'observation de ce type d'autolimitation et d'effort mental submaximal ne signifie pas qu'il s'agisse d'une « simulation » ou d'une réaction consciente, mais d'un comportement en général intégré au fonctionnement global de la pensée et des activités, dans notre expérience.

3.2 Quelle est l'évolution des troubles neurologiques depuis janvier 2016 ?

Les plaintes neurologiques sont globalement inchangées hormis un « léger mieux » subjectif, l'examen neurologique normal en janvier 2016 est resté normal en septembre, alors que le bilan neuropsychologique paraissant aggravé en ce qui concerne les tests attentionnels, mnésiques et exécutifs, ne peut être interprété que dans la perspective de l'échec lors des tests de validation des symptômes de type TOMM.

3.3 Y a-t-il une lésion organique objectivée par des examens d'imagerie ? (Détail des imageries réalisées)

Non, aucune anomalie, sous forme de lésion vasculaire, de lésion traumatique contusionnelle focale ou de lésion axonale diffuse, d'hydrocéphalie, de dépôt de pigment de fer post-hémorragie sous-arachnoïdienne ou toute autre anomalie.

3.4 Les troubles subjectifs (douleurs et plaintes de l'assuré) peuvent-ils être objectivés ? Quelle est la cohérence des plaintes entre les activités de la vie quotidienne et les limitations alléguées ?

Les troubles rapportés par le patient ne correspondent à aucune anomalie neurologique objective au status ou à l'imagerie. La seule corrélation possible est celle entre la fluctuation d'un syndrome vertigineux et les anomalies détectées à [...] au test vestibulaire appareillé. Cependant, on relèvera que la normalité des tests visuo-oculomoteurs effectués par moi-même n'est compatible qu'avec une atteinte sous-jacente légère, sans aucun corrélat convainquant avec l'intensité et la multiplicité des plaintes rapportées. A notre connaissance, (selon les éléments anamnestiques), il existe une bonne correspondance entre l'impact des plaintes sur l'ensemble des activités de la vie quotidienne.

4. Diagnostic(s) ? Diagnostic(s) exact(s), cas échéant diagnostic(s) différentiel(s)

Status après traumatisme crânien et commotion vestibulaire en janvier 2015. Absence de commotion cérébrale, absence de contusion cérébrale, absence de lésion vasculaire post-traumatique.

5. Lien de causalité ?

- 5.1 Les plaintes émises par le patient et les troubles constatés sont-ils dus de façon : à l'accident du 22.01.2015 ? Comment motivez-vous votre réponse ?

La fluctuation d'un syndrome vertigineux est compatible de façon probable avec les séquelles d'une commotion vestibulaire, dont les séquelles objectivables actuellement sont cependant minimales. En l'absence de lésion organique détectable sur le plan neurologique, à l'IRM, et au vu de la nature des résultats neuropsychologiques discutés ci-dessus, nous n'avons pas d'élément en faveur d'une relation causale entre le traumatisme de janvier 2015 et les autres plaintes que les sensations vertigineuses. Dans ce sens, hormis les plaintes de sensations vertigineuses fluctuantes, les plaintes actuelles ont une relation de causalité improbable avec l'accident.

- 5.2 Des facteurs étrangers à l'accident influencent-ils le cours de la guérison ? Si oui. Lesquels et dans quelle mesure ?

Le patient n'a pas eu d'évaluation psychiatrique et nous ne pouvons nous prononcer là-dessus, mais dans ce type de cas, même en l'absence de pathologie psychiatrique, les facteurs de personnalité sont extrêmement importants dans le déterminisme évolutif des plaintes après traumatisme crânien, notamment lorsqu'aucune anomalie organique ne peut être retrouvée. On observera qu'actuellement le patient a une attitude extrêmement passive de « maladie invalide », inactif non seulement dans la vie professionnelle, mais dans la vie privée et quotidienne élémentaire. Par ailleurs, nous n'avons pas connaissance d'autres facteurs pouvant influencer le tableau actuel.

- 5.3 En cas d'aggravation d'un état antérieur d'origine malade par accident, à partir de quand peut-on considérer que le status quo ante ou sine est considéré comme rétabli ? Ou quand le sera-t-il ? Merci de motiver votre réponse.

En l'absence d'un état antérieur malade, la réponse à cette question tombe.

6. Traitement médical/Stabilisation du cas.

- 6.1 Quel a été le traitement médical depuis l'accident et quel est le traitement médical actuel ? Ce traitement est-il approprié et apte à améliorer notablement l'état actuel ?

Au moment de l'expertise, le patient n'avait pas de traitement particulier, mais envisageait une rééducation vestibulaire intensive, bien qu'il en ait déjà eu une aux [...]. Nous ne savons pas si ce traitement a été activé. Aucun traitement médicamenteux n'avait été proposé après l'échec rapporté du Relpax et de la Fluoxétine.

- 6.2 L'assuré a-t-il suivi les traitements SSRI que vous aviez proposé pendant la durée préconisée (4 mois) ? Si non, pour quelle raison ?

Le patient n'a pas pu nous mentionner la durée du traitement de Fluoxétine mais paraît l'avoir interrompu en raison d'une inefficacité sur ses plaintes avant les 4 mois proposés. Cela dit, vu le contexte observé et les résultats de l'évaluation neuropsychologique, il semble improbable que la poursuite du traitement durant les 4 mois proposés aurait modifié le tableau.

- 6.3 Existe-t-il d'autres traitements susceptibles d'améliorer notablement l'état actuel ? Si oui lesquels ?

Même sans pathologie psychiatrique objectivable, une prise en charge psychothérapeutique nous paraît indiquée.

- 6.4 Peut-on considérer que l'état actuel est stabilisé ? Si non dans quel délai le sera-t-il ?

L'état actuel est tout cas chronifié, les plaintes étant globalement inchangées, malgré un « léger mieux » rapporté par le patient. Cependant, la détérioration non organique des résultats à l'examen neuropsychologique n'est pas un facteur d'amélioration en vue, et il existe une probabilité significative que l'état actuel ne se modifiera plus.

7. Capacité de travail

- 7.1 Quelles sont les limitations fonctionnelles objectives de l'assuré ?

On doit accepter que la probabilité des séquelles vestibulaires persistantes, même légères, soient incompatibles avec la reprise d'une activité de hockeyeur professionnel, même à temps partiel. En effet, l'alternance des simulations posturales

lentes et rapides, multidirectionnelle, avec l'interaction nécessaire entre l'oculomotricité, la vision et la proprioception peut être altérée de façon non compatible avec cette activité même pour toutes activités sportives de haut niveau impliquant le même type de stimulation. En revanche, il n'existe aucune limitation organique pour toute activité de la vie sédentaire usuelle, notamment sur le plan professionnel.

- 7.2 Est-il possible à l'assuré, par un effort de volonté, de surmonter ses troubles ainsi d'augmenter sa capacité de travail ? Merci de justifier votre réponse.

La force de volonté pourrait ici être un facteur utile, mais cet effort peut être largement limité par des facteurs inconscients, et on se référera ici à nos tests de validation de la symptomatologie neuropsychologique, qui témoignent d'un effort mental suboptimal, avec éléments de surcharge, où les facteurs conscient ou inconscient ne sont pas distinguables dans notre évaluation.

- 7.3 Comment évaluez-vous la capacité de travail dans son activité d'origine (hockeyeur professionnel) ?

0%.

- 7.4 Dans quelle mesure peut-on exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité professionnelle et quelles caractéristiques doit-elle avoir compte tenu de l'atteinte à sa santé (niveau de concentration, de responsabilités, activité physique ou statique, aménagement du temps de travail, etc.). A quel taux pourrait-il travailler dans une telle activité ?

Comme signalé ci-dessus, une activité sédentaire usuelle, par exemple dans un bureau serait réalisable à 100%, aux horaires habituels en l'absence d'anomalie neurologique clinique et morphologique objectivable.

- 7.5 Si une incapacité de travail, même partielle, devait subsister, quel est votre pronostic sur son évolution : à partir de quand peut-on raisonnablement exiger de l'assuré qu'il reprenne complètement le travail ?

Sur le plan neurologique organique, il n'existe aucune incapacité de travail hormis dans les activités sportives de haut niveau mentionnées ci-dessus. Vue l'évolution du cas et les éléments de chronification déjà présents en début d'année, nous pensons que l'exigibilité existe depuis au plus tard 18 mois après l'événement accidentel.

- 7.6 Vu qu'il est étranger, la question de reprise d'un travail dans notre pays se pose également, qu'en savez-vous, à savoir veut-il être reclassé chez nous ?

Il n'y a pas eu d'effort de s'intégrer à la langue locale et nous doutons qu'un effort de reclassement puisse être obtenu localement dans une activité sédentaire à priori considérée

comme « inférieure » à celle de hockeyeur vedette professionnel.

8. Atteinte à l'intégrité

- 8.1 Est-ce que l'accident assuré provoque un dommage permanent sous forme d'une atteinte importante et durable à l'intégrité physique, mentale ou psychique, au sens de l'art. 24 LAA ?

Par assimilation des troubles vertigineux post-commotion vestibulaire, selon la table 14 de la table de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, et en l'absence d'atteinte oculomotrice ou visuo-vestibulaire cliniquement objectivable lors de mon examen de septembre, des troubles « légers » doivent être considérés avec une atteinte à l'intégrité de 5%. Au cas où vous utiliseriez d'autres barèmes que ceux de la SUVA en tant qu'assurance accident, je vous remercie de me les faire (sic) parvenir.

- 8.2 Dans l'affirmative, de quelle importance (exprimée en fonction du barème de l'annexe 3 OLAA) et, le cas échéant, des Tables Spéciales de la division médicale de la SUVA ?

Voir ci-dessus.

- 8.3 Le taux actuel de l'atteinte est-il influencé par les séquelles d'un accident ou d'une affection antérieure ou intercurrente, et si oui dans quelle mesure exprimée en pourcentage ?

Ce chiffre est donné purement en relation avec l'événement accidentel au niveau vestibulaire, et ne tient pas compte des plaintes qualifiées de post-traumatique par le patient et pour lesquelles nous n'avons observé aucun corrélat organique.

9. Avez-vous d'autres informations à nous communiquer ? Pas de remarque."

L'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 31 janvier 2017.

Dans un rapport du 13 mars 2017, le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité.

L'assuré a complété son opposition le 12 avril 2017.

Par décision du 9 novembre 2017, la C.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a admis que l'accident devait être qualifié de cas moyen à la limite des cas de faible gravité. Elle a nié la causalité adéquate, relevant que seuls deux critères posés par la jurisprudence

étaient remplis, soit ceux des douleurs persistantes et du degré de la durée de l'incapacité de travail.

**B.** Par recours du 13 décembre 2017, W.\_\_\_\_\_, représenté par Me Muriel Vautier, a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à la réforme de la décision sur opposition en ce sens que la C.\_\_\_\_\_ soit tenue de lui verser des prestations au-delà du 30 avril 2016 ; subsidiairement, il a conclu au renvoi du dossier à la C.\_\_\_\_\_ pour nouvelle décision dans le sens des considérants. A titre de mesures d'instruction, il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Par réponse du 31 janvier 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Au terme d'un second échange d'écritures des 20 août et 12 novembre 2018, les parties ont maintenu leur position respective.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.**                   **a)** A teneur de la décision attaquée, il convient de constater que l'intimée a admis le caractère accidentel de l'événement survenu le 22 janvier 2015, puisqu'elle a accepté de prester jusqu'au 30 avril 2016. Est par conséquent seule litigieuse la question de savoir si le recourant a droit à des prestations de l'assurance-accidents (traitement médical et indemnités journalières) pour la période postérieure au 30 avril 2016.

**b)** On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

**3.**                   **a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

**b)** En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109 ; 117 V 359).

Dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc. ; TF 8C\_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence se manifestent au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou (TF

8C\_792/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010 consid. 6.1 et les références citées). Il faut également que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. ; 119 V 335 consid. 1 et 117 V 359 consid. 4b).

**c)** En l'espèce, le recourant soutient que ses lésions sont en lien de causalité naturelle avec l'événement du 22 janvier 2015. L'intimée retient, quant à elle, que la question de la causalité naturelle peut rester ouverte dans la mesure où le lien de causalité adéquate fait défaut.

Dans son rapport d'expertise du 2 décembre 2016, le Dr P.\_\_\_\_\_ n'a objectivé aucune anomalie neurologique, en particulier au moyen d'une IRM cérébrale avec séquences angiographiques et tractographiques. Il a relevé que l'examen clinique qu'il a pratiqué n'avait révélé aucune anomalie significative (sous forme de lésion vasculaire, de lésion traumatique contusionnelle focale ou de lésion axonale diffuse, d'hydrocéphalie, de dépôt de pigment de fer post-hémorragie sous-arachnoïdienne ou toute autre anomalie). S'agissant des troubles vestibulaires constatés lors des tests appareillés au [...], il relève le peu de signification clinique de ces tests. Il indique en particulier que la normalité des tests visuo-oculomoteurs qu'il a effectués n'était compatible qu'avec une atteinte sous-jacente légère, sans aucun corrélat convaincant avec l'intensité et la multiplicité des plaintes rapportées. Ainsi, comme en janvier 2016, il estime normal l'examen neurologique.

Fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées, comporte une anamnèse et décrit le contexte déterminant, reposant sur des investigations fouillées, ce rapport contient une appréciation claire de la situation par un spécialiste dans son domaine et aboutit à des conclusions médicales minutieusement motivées et exemptes de contradictions. Le rapport d'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_ répond à tous les requisites jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante et il n'y a aucune raison de le remettre en cause. Il y a donc lieu de retenir l'absence de lésion organique.

La question de la causalité naturelle peut rester ouverte puisque le lien de causalité adéquate doit être nié pour les motifs exposés ci-dessous.

**4. a)** Dans l'arrêt ATF 134 V 109, le Tribunal fédéral a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable.

**b)** La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Sont déterminants les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C\_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 5.1 et 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.3.1).

**c)** Les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité sont formulés de la manière suivante : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; la gravité ou la nature particulière des lésions ; l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ; l'intensité des douleurs ; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ; l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. Tous ces critères ne doivent

pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; 129 V 402 consid. 4.4.1). Pour qu'un lien de causalité adéquate avec un accident de gravité moyenne soit admis, il faut un cumul de trois critères sur sept, ou au moins que l'un des critères se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C\_96/2017 du 24 janvier 2018 consid. 4.3 *in fine* et les arrêts cités ; TF 8C\_533/2017).

**d)** S'agissant de la gravité de l'accident, l'intimée considère qu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne à la limite des accidents peu graves. Cette appréciation doit être suivie. Dans l'affaire AA 70/19, qui concernait aussi un joueur du [...], le joueur blessé a été heurté à l'épaule gauche et a été projeté en l'air avant d'atterrir sur l'épaule droite, sa tête heurtant alors la glace. Il est alors resté immobile près de quarante secondes. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a considéré qu'il s'agissait d'un accident de gravité moyenne *stricto sensu* (CASSO AA 70/19 - 52/2020 du 11 mai 2020, consid. 6d). Dans le cas d'espèce, l'assuré a subi un choc à la tête avec l'épaule d'un adversaire ; il a mis un genou par terre mais s'est relevé pratiquement immédiatement. Contrairement à l'affaire AA 70/19, son déroulement justifie de qualifier l'accident de gravité moyenne à la limite des accidents peu graves.

**e)** Reste à examiner si le recourant remplit suffisamment de critères posés par la jurisprudence pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis.

**aa)** Concernant le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques, respectivement le caractère particulièrement impressionnant de l'accident, l'intimée considère que l'événement fait partie des actions courantes dans le milieu du hockey professionnel, acceptées par le sportif.

L'examen du critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances. La survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère. Par ailleurs, il convient d'accorder à ce critère une portée moins décisive lorsque la personne ne se souvient pas de l'accident que si elle en garde des souvenirs clairs (SVR 2011 UV n° 10 p. 35 consid. 4.3.2, TF 8C\_584/2010 du 11 mars 2011; voir également TF 8C\_434/2012 du 21 novembre 2012 consid. 7.2.3 et 8C\_624/2010 du 3 décembre 2010 consid. 4.2.1).

En l'occurrence, ce critère n'est pas rempli. Comme le relève l'intimée, des charges de ce type ne sont pas rares dans le hockey professionnel.

**bb)** S'agissant de la gravité ou de la nature particulière des lésions, il convient de constater que ce critère n'est pas rempli. Selon la jurisprudence, le diagnostic de traumatisme cranio-cérébral ne suffit pas, en soi, pour conclure à la réalisation du critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions. Il faut encore que les douleurs et plaintes caractéristiques d'une atteinte de ce type soient particulièrement graves ou qu'il existe des circonstances spécifiques qui influencent le tableau clinique (ATF 134 V 109 consid. 10.2.2 et réf. cit.). *In casu*, les troubles présentés par le recourant sont fluctuants et pas forcément présents simultanément. Le recourant se plaint de céphalées à l'effort, de gêne visuelle suscitée par la lumière qu'il peut atténuer par le port de lunettes et d'un chapeau ; il est également gêné par toutes les stimulations notamment le bruit et la présence de gens autour de lui. Il se plaint aussi de fatigue. Ces troubles ne sont pas suffisants pour considérer que ce critère est rempli d'autant plus que le recourant s'est rendu en [...], à [...], aux [...] et aux [...] pour y suivre des soins, ce qui démontre quand même certaines aptitudes.

**cc)** Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (TFA U 369/2005 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (TFA U 393/2005 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). A cet égard, la prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (TF 8C\_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.3 et réf. cit. ; TF 8C\_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 et TFA U 380/2004 du 15 mars 2005 consid. 5.2.4 *in* RAMA 2005 n° U 549 p. 239). En l'occurrence, le traitement n'a consisté qu'en de la physiothérapie et au moment de l'expertise en décembre 2016, le recourant ne suivait aucun traitement. Force est donc de constater que ce critère n'est pas rempli.

**dd)** Le critère de l'intensité des douleurs n'est pas non plus rempli. On peut en particulier relever que le recourant ne prend pas de médication antalgique.

**ee)** Il n'y a eu aucune erreur médicale qui a entraîné une aggravation notable des séquelles de l'accident.

**ff)** Concernant les difficultés apparues au cours de la guérison et complications importantes on ne voit pas en l'espèce quels motifs particuliers pourraient être invoqués.

**gg)** Finalement, en rapport avec le critère de l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré, le recourant a eu son accident en janvier 2015. Il s'est rendu dans plusieurs endroits pour tenter de se soigner mais l'expert a, pour sa part, estimé que la capacité de travail de l'intéressé était entière dans une activité adaptée. Comme le relève l'intimée dans sa décision, le contrat de travail du recourant a pris fin le 30 avril 2016 de sorte qu'on doit considérer que dès le 1<sup>er</sup> mai 2016, celui-ci pouvait travailler. Néanmoins, le laps de

temps entre l'accident et la reprise éventuelle du travail par le recourant justifie de retenir que ce critère apparaît comme rempli mais sans toutefois qu'il y ait lieu d'admettre qu'il se soit manifesté de manière particulièrement marquante.

**hh)** En l'occurrence, on constate que seul un critère pertinent afin de retenir un lien de causalité adéquate apparaît comme rempli, contre trois requis par la jurisprudence. Par ailleurs, compte tenu des considérations qui précèdent, le critère retenu ne se manifeste pas de manière particulièrement marquante. Il y a par conséquent lieu de nier l'existence d'un rapport de causalité adéquate. C'est ainsi à bon droit que l'intimée a refusé l'octroi de prestations au-delà du 30 avril 2016.

**5.** Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant dans ses écritures - à savoir, la réalisation d'une expertise judiciaire - doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C\_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2 ; 8C\_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2 et 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

**6. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours déposé le 13 décembre 2017 par W.\_\_\_\_\_ est rejeté.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 9 novembre 2017 par C.\_\_\_\_\_ est confirmée.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Muriel Vautier (pour W. \_\_\_\_\_),
- C. \_\_\_\_\_,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :