

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 avril 2024

---

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

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

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

et

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

---

**Art. 6 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** Q.\_\_\_\_\_ (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 X.\_\_\_\_\_, 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 X.\_\_\_\_\_, l'assuré a été traité en Suède 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 X.\_\_\_\_\_ 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 Copenhague avec un médecin spécialiste américain.

Le 21 janvier 2016, le Dr T.\_\_\_\_\_, 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, suédois, 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 Hollande, 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 [qui a] 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. Q. \_\_\_\_\_ 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. Q. \_\_\_\_\_ 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. Q. \_\_\_\_\_ 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. Q. \_\_\_\_\_ 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.\_\_\_\_\_ SA (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 T.\_\_\_\_\_ 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 X.\_\_\_\_\_, le Dr L.\_\_\_\_\_, 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 X.\_\_\_\_\_ 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 X. \_\_\_\_\_ 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 X. \_\_\_\_\_ 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 K. \_\_\_\_\_, 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 V.\_\_\_\_\_, neurologue, médecin-chef, et N.\_\_\_\_\_, neurologue, du Swiss Concussion Center, 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 G.\_\_\_\_\_, 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 R.\_\_\_\_\_, médecin-chef de l'Unité d'Otoneurologie et d'Audiologie du CHUV, 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 T.\_\_\_\_\_, 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 R.\_\_\_\_\_ n'a décrit qu'une discrète asymétrie de l'audition en défaveur de la gauche, sans avoir répété les tests effectués à [...] (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 Etats-Unis. 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 Fluoxetine.

- 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 Fluoxetine 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 (*sic*) 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 pourcent ?

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 K.\_\_\_\_\_ 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.

Statuant par arrêt du 18 août 2020 (CASSO AA 159/17 - 121/2020), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours formé par Q.\_\_\_\_\_ contre la décision sur opposition rendue le 9 novembre 2017 par la C.\_\_\_\_\_ et a confirmé celle-ci.

**B.** Par arrêt du 7 septembre 2021 (8C\_614/2020), la Ire Cour de droit social du Tribunal fédéral a partiellement admis le recours formé par Q.\_\_\_\_\_ contre l'arrêt du 18 août 2020, annulé celui-ci et renvoyé la cause à la Cour de céans pour nouvelle décision dans le sens des considérants, le recours étant rejeté pour le surplus.

En substance, le Tribunal fédéral a estimé que, si les considérations médicales du Dr T.\_\_\_\_\_ tendaient à remettre en cause la constatation, ressortant de l'arrêt du 18 août 2020, d'un tableau

clinique uniquement dominé par des troubles sans preuve d'un déficit organique, elles ne permettaient pas, en l'état, de retenir l'existence d'une atteinte objectivable d'un point de vue organique au sens de la jurisprudence. Lorsque le Dr T. \_\_\_\_\_ concluait que le recourant présentait des séquelles mineures "objectivables" au niveau du système vestibulaire, il se fondait exclusivement sur les observations faites au Swiss Concussion Center puisqu'il n'avait lui-même trouvé aucune anomalie à l'issue de ses propres examens cliniques. A la lecture du rapport y relatif, on constatait que les examens spécialisés vestibulaires réalisés avaient montré des résultats normaux hormis une diminution de l'acuité visuelle dynamique et la présence de nombreuses micro-ondes carrées ; il était également fait mention d'un test d'organisation sensorielle avec des performances apparemment déficitaires. Aucune explication n'accompagnait toutefois les données cliniques obtenues et les résultats détaillés des examens n'étaient pas non plus joints au rapport, de sorte qu'on ne savait pas s'il s'agissait de résultats susceptibles d'être confirmés en cas de répétition de l'examen, c'est-à-dire qui ne dépendaient ni de la personne de l'examineur ni des indications données par le patient. En l'absence d'informations complémentaires de la part de l'expert neurologue à ce sujet, il n'était donc pas possible pour le Tribunal fédéral de vérifier la réalisation de ces conditions. A cela s'ajoutait qu'il ne ressortait pas de manière assez claire et détaillée de l'expertise du neurologue comment il était parvenu à la conclusion qu'il existait un lien de causalité entre les séquelles vestibulaires et l'événement du 22 janvier 2015. En effet, les médecins du Swiss Concussion Center n'avaient pas véritablement pris position sur la question du lien de causalité - ce qui n'était pas leur mission -, mentionnant seulement l'existence de signes évocateurs dans ce sens. Le Tribunal fédéral a dès lors renvoyé la cause à la Cour de céans pour complément d'instruction médicale, en ce sens que l'expert désigné devait répondre aux questions de savoir si les résultats cliniques constatés à l'époque par les médecins du Swiss Concussion Center constituaient une atteinte à la santé objectivable au sens de la jurisprudence et si cette atteinte était, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité avec l'accident du 22 janvier 2015.

**C.** A la suite de l'arrêt de renvoi et avec l'accord des parties, le Dr T.\_\_\_\_\_ a été mandaté, en qualité d'expert, pour répondre aux questions découlant dudit arrêt de renvoi.

Afin que l'expert dispose de toutes les informations nécessaires, le Swiss Concussion Center a été interpellé pour qu'il transmette l'ensemble des rapports et des résultats détaillés des tests subis par Q.\_\_\_\_\_. Les pièces reçues ont été remises à l'expert, qui a constaté qu'il disposait déjà de l'ensemble des pièces lors de son expertise à l'automne 2016. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a établi son rapport le 30 août 2022.

Il en ressort que Q.\_\_\_\_\_ a été soumis à différents tests appareillés, listés dans l'expertise (potentiels évoqués vestibulaires myogéniques cervicaux et potentiels évoqués vestibulaires myogéniques oculaires ; évaluation de la verticale subjective ; test de vision dynamique [*dynamic visual acuity test* : DVA] ; photographies du fond de l'œil ; test d'impulsion de la tête [*head impulses test* : HIT] ; oculographie vidéo avec stimulation calorique ; test d'organisation sensorielle [*sensory organisation test*] ; examen oculographique vidéo simple). Pour chacun des tests, l'expert a exposé en quoi il consiste et ce qu'il permet d'établir.

Par ailleurs, l'expert a indiqué :

“Les tests appareillés utilisés sont listés ci-dessus. La seule anomalie objective était présente lors de la vidéo-oculographie simple, avec la présence des micro-ondes carrées et d'une certaine instabilité verticale. Les deux autres tests décrits comme anormaux, à savoir le test d'acuité visuelle dynamique (DVA) et le test d'organisation sensorielle, sont des tests qui impliquent la participation rigoureuse du patient, et sont influencés par son degré de collaboration, de motivation et d'effort attentionnel. Dans le cas de Monsieur Q.\_\_\_\_\_, les tests de validation neuropsychologique mettent en doute la validité des réponses obtenues à ce type de test, dont la mesure n'est pas indépendante des réponses données par l'examiné lui-même.

On notera par ailleurs que l'ensemble des autres tests vestibulaires était normal, raison pour laquelle, nous avons déjà jugé à l'époque que les séquelles potentielles d'une commotion vestibulaire chez Monsieur Q.\_\_\_\_\_ était légère, contrastant avec l'intensité de ses plaintes subjectives. Dans ce contexte, on relevait déjà l'absence de toute lésion organique détectable au niveau du système nerveux

central et du système nerveux périphérique, tant sur le plan clinique neurologique que sur le plan des imageries.”

En outre, à la question « Pouvez-vous préciser les éléments conduisant au constat que les atteintes subies par Q.\_\_\_\_\_ sont probablement en lien de causalité avec l'accident du 22 janvier 2015, notamment sur le plan oto-neurologique ? », l'expert a répondu :

“Déjà en 2016, j'avais pris position sur une causalité probable entre les discrètes séquelles vestibulaires objectivées à Zürich (bien que mon examen personnel soit resté négatif), du fait de la chronologie claire des troubles, et de l'absence de toute autre cause sous-jacente. Ceci ne concernait évidemment que les discrets troubles vestibulaires d'instabilité, sans aucun rapport avec la cohorte des symptômes post-traumatiques non organiques incluant la nécessité de porter des lunettes noires, les céphalées, la perte de concentration, etc. Ce qui m'avait paru important à l'époque, était l'interaction de discrets troubles vestibulaires avec la profession de hockeyeur professionnel, qui nécessite une parfaite adaptation de l'équilibre et des mouvements dans l'espace, et dont la reprise semblait impossible chez ce patient. Maintenant, on relèvera que l'évolution ultérieure à partir de 2017 est largement atypique pour une commotion vestibulaire simple, en l'absence de toute lésion organique décelable, puisque cette évolution devrait être normalement vers une amélioration progressive avec guérison dans un délai n'excédant pas 24 mois, comme on le voit d'ailleurs dans les autres syndromes subjectifs post-traumatiques. On relèvera ici que le terme de contusion vestibulaire n'est pas approprié dans le cas de Monsieur Q.\_\_\_\_\_, puisqu'il désigne une lésion organique post-traumatique du système vestibulaire, alors que l'on doit utiliser le terme de commotion vestibulaire, qui ne correspond qu'à un ébranlement traumatique du système, sans lésion aiguë, dont les effets doivent donc disparaître dans le délai susmentionné.”

En conclusion, l'expert a indiqué :

“Je confirme qu'à mon avis, le patient a souffert d'une commotion vestibulaire, sans lésion organique décelable du système nerveux central ou périphérique, à la suite de l'accident du 22 janvier 2015. Les troubles vestibulaires étaient cependant minimes, comme le montre l'analyse des résultats des tests appareillés mentionnés ci-dessus, ainsi que la propre négativité de mon examen effectué à l'automne 2016, et en l'absence de toute lésion objectivement détectable par les imageries et alors que l'évolution naturelle fait s'attendre à une disparition des symptômes vestibulaires traumatiques dans un délai habituel de 24 mois. La persistance d'une symptomatologie au-delà, dans le cas présent, s'inscrit dans le contexte de la persistance d'une symptomatologie post-traumatique globale subjective, en l'absence de toute lésion organique détectée, et ne correspond pas à la notion d'une atteinte vestibulaire spécifique traumatique persistante.”

Dans ses déterminations du 21 octobre 2022, la C.\_\_\_\_\_ a relevé qu'après avoir listé tous les examens réalisés auprès du Swiss Concussion Center, le Dr T.\_\_\_\_\_ confirmait l'absence de lésion post-traumatique du système vestibulaire et concluait à la présence d'autres syndromes subjectifs post-traumatiques, donc non-objectivables. Elle estime que le cadre médical général du cas d'espèce ne permet pas de retenir une atteinte à la santé objectivée sur le plan médical. Elle observe en effet que les examens par imagerie réalisés ne détectent aucune lésion organique, que la vidéo-oculographie simple ne démontre que de faibles anomalies devant être considérées comme minimales selon le Dr T.\_\_\_\_\_ et que tous les autres tests susceptibles de produire des résultats objectifs n'ont pas relevé de lésion. Elle ajoute que, compte tenu de l'ensemble des examens réalisés et leurs différents degrés de fiabilité objective, la vidéo-oculographie simple à elle seule ne constitue pas un élément suffisant afin d'établir l'existence d'une lésion cliniquement objectivable, d'autant plus à l'aune de ses faibles résultats. Renvoyant à la décision sur opposition attaquée du 9 novembre 2017, à toutes ses écritures précédentes ainsi qu'à la motivation de l'arrêt cantonal du 18 août 2020, dont l'exactitude est attestée par les précisions apportées par le Dr T.\_\_\_\_\_, l'intimée confirme l'application en l'espèce de la jurisprudence particulière en matière de causalité développée par le Tribunal fédéral 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 crano-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable.

Dans ses déterminations du 8 décembre 2022, le recourant, sous la plume de Me Vautier, est d'avis que les lésions objectivables organiques ressortent des résultats obtenus confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques selon des méthodes reconnues scientifiquement conformément à la jurisprudence publiée aux ATF 138 V 248. Il soutient que l'oculographie simple est un examen qui suffit à objectiver les troubles vestibulaires dont il souffre. Il ajoute que le caractère objectivable des résultats découlant des autres

tests appareillés, notamment « *dynamic visual acuity test (DVA)* » et le « *sensory organisation test* » semble mis en doute par l'expert qui ne s'est toutefois pas adjoint les compétences spécifiques d'un oto-neurologue. Il ressort néanmoins de la littérature scientifique que ces examens sont susceptibles d'être confirmés en cas de répétition et, en toutes hypothèses, sont à tout le moins des indices complémentaires confirmant l'atteinte objective selon l'examen oculographique vidéo simple. Le recourant fait valoir que, contrairement à ce que prétend l'intimée, la jurisprudence reconnaît qu'un seul test objectif attestant d'un trouble suffit à écarter la « jurisprudence coup du lapin ». Il rappelle ensuite qu'au vu des particularités du cas d'espèce, soit qu'il est un athlète professionnel se trouvant à un âge idéal pour sa profession, il n'aurait pas abandonné sa carrière de hockeyeur professionnel si ce n'est à cause de l'accident et des troubles vestibulaires dont il souffre depuis. Le recourant est d'avis que nonobstant la durée prétendue des troubles vestibulaires, ces derniers ont eu un impact définitif sur sa carrière et que l'assurance-accidents doit l'indemniser aussi longtemps que nécessaire. Enfin, il indique que les capacités vestibulaires d'un hockeyeur professionnel sont supérieures à la moyenne et la pratique de ce sport à ce niveau requiert d'être à 100 % de ces capacités supérieures.

Dans ses déterminations du 31 janvier 2023 la C. \_\_\_\_\_ fait part de la nécessité d'interpeller à nouveau le Dr T. \_\_\_\_\_ sur le caractère objectivable des différents examens réalisés à la lumière des éléments scientifiques avancés par le recourant le 8 décembre 2022. De plus, elle estime qu'il serait important que l'expert s'exprime de façon motivée sur l'éventuelle utilité d'un nouvel examen clinique du recourant et de refaire les tests susceptibles d'être répétés donnant des résultats pertinents. Elle observe que l'expert avait exprimé la possibilité de recevoir le recourant avec le Dr R. \_\_\_\_\_. Ce faisant, elle suggère de réinterpeller l'expert. Pour le surplus, l'intimée renvoie à ses écritures précédentes.

Dans ses déterminations du 23 février 2024, le recourant observe qu'en l'absence d'une nouvelle interpellation de l'expert que ce

soit du Dr T. \_\_\_\_\_ ou du Dr R. \_\_\_\_\_ depuis les écritures précédentes il semble qu'il ait été renoncé à cette nouvelle mesure d'instruction compte tenu du temps écoulé. Il requiert des informations sur l'état de l'instruction, cas échéant sur la date d'un arrêt à la suite de son accident survenu en 2016 (recte : 2015) et des troubles persistants entravant définitivement la poursuite de son activité professionnelle.

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

**1.** En vertu du principe de l'autorité de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, l'autorité cantonale à laquelle une affaire est renvoyée est tenue de fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit de l'arrêt du Tribunal fédéral ; sa cognition est limitée par les motifs de l'arrêt de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a déjà été tranché définitivement par le Tribunal fédéral, ainsi que par les constatations de fait qui n'ont pas été critiquées devant lui ; des faits nouveaux ne peuvent être pris en considération que sur les points qui ont fait l'objet du renvoi, lesquels ne peuvent être ni étendus, ni fixés sur une base juridique nouvelle (ATF 135 III 334 consid. 2 ; 131 III 91 consid. 5 ; voir également TF 5A\_488/2013 du 4 avril 2014 consid. 3.1 et les références).

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 avril 2016, singulièrement, au vu de la décision de renvoi du 7 septembre 2021, sur le point de savoir si l'atteinte subie constitue une lésion traumatique objectivable et sur l'examen du lien de causalité.

On précisera que les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), 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. Selon l'art. 4 LPGGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C\_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

**c)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de

ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence citée ; TF 8C\_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

**d)** En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité adéquate (cf. ATF 138 V 248 consid. 4 ; 134 V 109 consid. 10 et les références citées). La raison en est que dans ces cas, il est plus difficile d'apprécier juridiquement si l'accident revêt une importance déterminante dans la survenance du résultat.

Ainsi, 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, 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 (ATF 115 V 133 consid. 6 ; 403 consid. 5). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (ATF 148 V 301 consid. 4.3.1). La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence 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\_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 5.2.1).

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\_816/2021 précité consid. 3.3 et les références citées).

**e)** Sont considérés comme objectivables les résultats de l'investigation (médicale) susceptibles d'être confirmés en cas de répétition de l'examen, lorsqu'ils sont indépendants de la personne de l'examineur ainsi que des indications données par le patient. On ne peut ainsi parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (ATF 138 V 248 consid. 5.1 ; SVR 2012 UV n°5 p. 17 ; TF 8C\_816/2012 du 4 septembre 2013 consid. 6 et les références citées).

**4. a)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré

seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

**b)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**5.** A titre liminaire, il y a lieu de constater que la qualification de l'événement du 22 janvier 2015 en accident est admise par l'intimée, laquelle a d'ailleurs accepté de prêter jusqu'au 30 avril 2016.

L'intimée estime toutefois que le cadre médical général du cas d'espèce ne permet pas de retenir une atteinte à la santé objectivée sur le plan médical. Quant au recourant, il soutient, se référant au complément

d'expertise du Dr T. \_\_\_\_\_ du 30 août 2022, qu'à tout le moins l'examen oculographique vidéo simple a permis d'objectiver une atteinte vestibulaire, ce test suffisant à établir une lésion organique objectivable.

**a)** Tout d'abord, il convient de souligner que les explications figurant dans le rapport établi par le Dr T. \_\_\_\_\_ le 30 août 2022 sont claires, fournissent les précisions demandées et répondent aux questions posées ; elles sont convaincantes et peuvent être suivies, ce que l'intimée ne conteste d'ailleurs pas.

**b)** Sur la question de l'objectivation des troubles, passant en revue les différents tests appareillés auxquels le recourant a été soumis en 2016 (dont les résultats figurent dans le rapport établi par le Swiss Concussion Center le 25 août 2016), le Dr T. \_\_\_\_\_ indique, dans son rapport d'expertise du 30 août 2022, que l'examen oculographique vidéo simple a fait apparaître une anomalie objective (à savoir, la présence de micro-ondes carrées et une certaine instabilité verticale). Il retient que ce test a objectivé de discrètes séquelles vestibulaires. Il rappelle que, déjà dans son expertise de 2016, il avait qualifié ces séquelles de légères, soulignant le contraste avec les plaintes subjectives du recourant, et avait relevé l'absence de toute lésion organique détectable au niveau du système nerveux central et du système nerveux périphérique, tant sur le plan clinique neurologique que sur le plan des imageries.

Au vu de ces éléments, il y a lieu de retenir que l'examen précité a permis d'objectiver de discrètes séquelles vestibulaires.

**c)** Le rapport d'expertise du 30 août 2022, comme celui du 2 novembre 2016, retient un lien de causalité entre l'accident du 22 janvier 2015 et les discrets troubles vestibulaires d'instabilité objectivés lors de l'examen au Swiss Concussion Center en 2016 (cf. rapport du 2 décembre 2016 pts 3.4 et 5.1 et rapport du 30 août 2022, réponses 2 et 4). A cet égard, le Dr T. \_\_\_\_\_ explique que la reconnaissance de ce lien se fonde sur la chronologie claire des troubles et l'absence de toute autre cause sous-jacente. Il précise que ce lien ne concerne que les troubles et non pas

la cohorte des symptômes post-traumatiques non organiques, dont le recourant se plaint. Ces éléments permettent ainsi de retenir qu'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les discrets troubles vestibulaires d'instabilité constatés lors de l'examen de 2016 - à l'exclusion des autres troubles dont se plaint le recourant - et l'accident en cause.

**d)** En outre, les troubles précités ont entraîné des conséquences sur la capacité du recourant à exercer son activité habituelle. En effet, selon les rapports du 2 décembre 2016 et 30 août 2022, des séquelles vestibulaires, même légères, sont incompatibles avec la reprise d'une activité de hockeyeur professionnel, même à temps partiel, celle-ci nécessitant une parfaite adaptation de l'équilibre et des mouvements dans l'espace. L'alternance des stimulations 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 (cf. rapport du 2 décembre 2016 pt 7.1 et rapport du 30 août 2022, réponse 2).

**e)** Au vu de l'ensemble de ce qui précède, l'examen oculographique vidéo simple passé en 2016 auprès du Swiss Concussion Center a permis d'objectiver de discrètes séquelles vestibulaires, qui sont en lien de causalité avec l'accident du 22 janvier 2015. Il convient donc d'admettre le recours, d'annuler la décision du 9 novembre 2017 et de renvoyer le cas à la C.\_\_\_\_\_ pour examen des conséquences sur ses prestations au-delà du 30 avril 2016 de la reconnaissance de l'existence de troubles vestibulaires minimes objectivés, au besoin en reprenant l'instruction.

**6. a)** S'agissant des autres troubles dont le recourant dit souffrir (fatigabilité, lenteur, vertiges, maux de tête, sensibilité au mouvement et à la lumière), ils ne peuvent être rattachés à un déficit organique objectivable, les seuls troubles objectivables selon le rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 30 août 2022 étant les troubles vestibulaires minimes. Il

ressort par ailleurs dudit rapport que les autres troubles ne sont pas en lien de causalité avec l'accident du 22 janvier 2015.

Quand bien même il faudrait suivre l'avis du recourant, qui se fonde sur les rapports du Dr K. \_\_\_\_\_ des 13 et 27 mars 2017, selon lequel tous les autres troubles dont il dit souffrir seraient en lien avec l'accident du 22 janvier 2015, il n'en reste pas moins qu'il ne s'agit pas de troubles objectivés. Dès lors, la jurisprudence relative aux accidents ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » est applicable à ces troubles.

**b)** En l'espèce, la question de la causalité naturelle peut rester ouverte puisque le lien de causalité adéquate doit être nié pour les motifs exposés ci-dessous.

**c)** 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 ensuite 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 confirmé par le Tribunal fédéral dans l'arrêt TF 8C\_400/2020 du 14 avril 2021). Dans le cas d'espèce, le recourant 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.

**d)** 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, acceptés 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 (TF 8C\_565/2022 du 23 mai 2023 consid. 4.2.3 ; 8C\_235/2020 du 15 février 2021 consid. 4.3.1; 8C\_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 6.1, publié *in* SVR 2017 UV n° 10 p. 35; TF 8C\_929/2015 du 5 décembre 2016 consid. 5.3).

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 Suède, à Copenhague, aux Pays-Bas et aux États-Unis 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. N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (TF 8C\_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.5.2 et les références). 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\_209/2020 du 18 janvier 2021 consid. 5.2.1 et les références). 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 les 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.

**7. a)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**b)** En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer. Il n'est pas nécessaire d'interpeller le Dr T. \_\_\_\_\_ sur le caractère objectivable des deux autres tests « *dynamic visual acuity test* (DVA) » et « *sensory organisation test* » indiqués dans le courrier du recourant du 8 décembre 2022, un seul étant suffisant pour retenir les troubles vestibulaires, selon l'expertise du 30 août 2022. Il n'est par ailleurs pas nécessaire de procéder à un nouvel examen du recourant dans la mesure où la question du caractère objectivable des résultats de l'investigation médicale portait sur les tests réalisés en 2016.

**8. a)** Bien-fondé, le recours doit être admis et la décision sur opposition entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants et, au besoin, reprise de l'instruction.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires.

**c)** Vu le sort de ses conclusions, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de l'intimée.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 9 novembre 2017 par la C.\_\_\_\_\_ SA est annulée et la cause lui est renvoyée pour nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** La C.\_\_\_\_\_ SA versera à Q.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre 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 Q. \_\_\_\_\_),
- C. \_\_\_\_\_ SA,
- 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 :