

VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 90 vom 11. Mai 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-05-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__90

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 90 du 11 mai 2020

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 90 del 11 maggio 2020

Regeste

ACCIDENT, ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE, TRAUMATISME
CRANIO-CÉRÉBRAL, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE,
SPORTIF PROFESSIONNEL | 6 LAA, 4 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 11.05.2020 Arrêt / 2020 / 90

ACCIDENT, ACCIDENT DE GRAVITÉ MOYENNE, TRAUMATISME
CRANIO-CÉRÉBRAL, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE,
SPORTIF PROFESSIONNEL | 6 LAA, 4 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AA 70/19 - 52/2020 ZA19.024483 COUR DES ASSURANCES
SOCIALES _____ Arrêt du 11 mai 2020

_____ Composition : Mme Durussel , présidente Mmes Dessaux et
Röthenbacher, juges Greffier : M. Schild ***** Cause pendante entre : G. _____
, à [...], recourant, représenté par Me Tania Ferreira, avocate à Neuchâtel, et P. _____ , à
Lausanne, intimée. _____ Art. 4 LPGA et 6 LAA E n f a i t : A. G. _____
(ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant américain et suisse, né en 1984, est un
joueur professionnel de hockey sur glace. Actif depuis 2010 au sein du [...] en Suisse, il a
été engagé le 1 er mai 2015 par le M. _____. Il était à ce titre assuré contre les accidents
professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles par la
Vaudoise Générale, Compagnie d'Assurances SA (ci-après : la Vaudoise ou l'intimée). Le
20 novembre 2016, le M. _____ recevait l' [...] à la patinoire de [...] pour le compte de la
24 ème journée de championnat. Au cours du troisième tiers, alors que le M. _____
menait cinq buts à deux, l'assuré a contrôlé le palet en zone médiane et s'est dirigé dans sa
propre zone défensive afin d'effectuer une passe à un de ses coéquipiers. Un attaquant de
l'équipe adverse est ensuite survenu sur la gauche et a effectué une charge (mise en échec) à
l'endroit de l'intéressé, à la hauteur de son épaule gauche. G. _____ a alors été projeté en
l'air avant d'atterrir sur l'épaule droite, sa tête heurtant ensuite la glace. Il est resté
immobile près de quarante secondes avant de se relever et de rejoindre les vestiaires en
compagnie des soigneurs de l'équipe et de coéquipiers. Il a été adressé au Dr S. _____,
spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin de l'équipe. La Vaudoise a pris
le cas en charge. L'assuré s'est trouvé en incapacité de travail jusqu'au 19 décembre 2016.
Il a ensuite repris son activité. A l'occasion d'un match contre le [...] tenu le 2 janvier 2017
à [...], l'assuré a pris une charge régulière dans la poitrine. Dite mise en échec n'a pas
entraîné de chute. L'intéressé a cependant été pris de vertiges et sa vision est devenue
passablement floue. Ces symptômes ont perduré pendant deux semaines, entraînant une
nouvelle incapacité de travail du 15 au 26 janvier 2017. L'intéressé a alors été adressé au
[...] et a été pris en charge par la Dre H. _____, spécialiste en neurologie. Les

consultations ont débuté le 25 janvier 2017. G._____ a retrouvé la glace dès le 27 janvier 2017. A l'occasion d'un entraînement tenu le 14 février 2017, l'assuré a subi un contact avec un coéquipier. Il a immédiatement ressenti des maux de têtes et des vertiges. Ces derniers ont persisté. Ces maux ont progressivement pris la forme de migraines, de douleurs cervicales ainsi que de douleurs au niveau du visage et de la mâchoire. L'assuré s'est à nouveau trouvé en incapacité de travail. Le 8 mars 2017, l'assuré a subi une infiltration facettaire intra-articulaire C2-C3, C3-C4. Dans un rapport médical du 16 juin 2017 détaillant les consultations tenues les 25 et 26 janvier 2017, la Dre H._____ a retenu les diagnostics de syndrome post-traumatique après commotion cérébrale, de HWS Distorsion (coup du lapin), de commotion labyrinthique gauche intervenue le 20 novembre 2016 et d'autres événements traumatiques, comme des chocs au niveau du sternum et à la tête (le 2 janvier et le 14 janvier 2017). Ce médecin relevait un trauma avec perte de connaissance et amnésie avec des maux de tête, également d'origine cervicale. Elle a constaté un discret nystagmus spontané vers la gauche ainsi que des dysfonctionnements segmentés des muscles suboccipitaux. A l'occasion de l'anamnèse, la Dre H._____ a relevé une sensation de vertige apparue en 2011, se chronicisant par la suite. L'assuré avait également indiqué avoir ressenti depuis plusieurs années des épisodes de « light headed sensation » partiels et de « dizziness » partiels, de tels épisodes ne se manifestant pas lors de la pratique sportive. D'un point de vue thérapeutique, ce médecin a indiqué une thérapie de relaxation musculaire et de mobilisation des membres avec prise de magnésium, la continuation des thérapies de mobilisation musculaire, un renforcement musculaire actif ainsi qu'une neuro-réhabilitation ciblée sur la perte d'équilibre. Au terme de la saison régulière, soit dès le mois de juin, l'assuré a repris un entraînement individuel aux Etats-Unis. A son retour en Suisse, il a subi, le 8 août 2017, une seconde infiltration facettaire intra articulaire C2-C3, C3-C4. Le Dr S._____ a attesté de l'incapacité de travail de l'assuré dès le 9 août 2017. A l'occasion d'un rapport médical du 10 octobre 2017, la Dre H._____ a confirmé les diagnostics posés précédemment. Elle a relevé que l'assuré se plaignait de ses maux de tête et de phonophobie. Ce dernier indiquait avoir ressenti de nouvelles sensations de vertiges et d'étourdissement lors d'un match amical disputé le 2 septembre 2017. Dans un courrier du 2 novembre 2017 adressé à la Vaudoise, E._____, ostéopathe, a décrit ce qui suit : « Suite à la commotion du 20 novembre 2016, Monsieur G._____ a présenté des maux de tête et des vertiges. Ces symptômes étaient principalement liés à la commotion, mais également aux multiples dysfonctions somatiques de la colonne cervicale et dorsale, ainsi que de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM). Ma prise en charge consistait à libérer ces diverses dysfonctions vertébrales et de l'ATM droit, de normaliser les tensions musculaires de cou et temporales. Au fil des séances, les maux de tête ont passé de 7 à 2 selon l'échelle de la douleur, la colonne cervicale s'est stabilisée et ne présente aucune limitation d'amplitude. L'ATM droit présente encore une légère déviation droite à l'ouverture due à une tension du muscle temporal droit. Le patient effectue quotidiennement des exercices de stabilisation de la colonne cervicale ainsi que des exercices de détente de la musculature de l'ATM droit. Actuellement, il n'y a pas de rendez-vous fixé avec Monsieur G._____. » Le 17 novembre 2017, un entretien a eu lieu entre la Vaudoise et l'assuré. Du rapport établi à cette occasion, il ressort les éléments suivants (traduit de l'anglais) : « Pourriez-vous décrire les circonstances exactes de l'accident ? L'accident a eu lieu à la fin du match, au troisième tiers. Un puck est arrivé en l'air dans la zone neutre, je l'ai contrôlé et me suis retourné vers ma zone défensive pour passer le palet à un de mes défenseurs, afin de changer de ligne. Alors que je me suis tourné

pour effectuer la passe, j'ai vu comme un flash dans le coin de mon œil, un joueur. La prochaine chose dont je me rappelle est de me réveiller en salle d'entraînement avec le docteur et l'équipe de physio, très confus et ne portant que la moitié de mon équipement. Mon opinion est que la charge était très méchante, en prenant en considération le contexte du match – on avait trois buts d'avance ou plus et leur équipe était devenue plus frustrée, émotive et de plus en plus physique. Le joueur qui m'a chargé a perdu le contrôle de ses émotions et a essayé de me blesser, moi ou toute personne qui arrivait dans son champ de vision. J'ai été très surpris par la charge. Aucun joueur n'était censé avoir de vitesse au vu du développement de l'action et de l'endroit où elle s'est déroulée. C'était à la fin d'une séquence, à la fin d'une action qui n'allait pas aboutir, je retournais dans ma zone défensive après que le palet ait atterri de sa course en l'air, tous les joueurs se trouvant en attente que le puck atterrisse effectivement. Je me suis tourné vers ma zone défensive, éloigné de l'équipe adverse, pour passer le puck et sortir de la glace, et c'est à ce moment que j'ai été percuté par un joueur avec passablement de vitesse. Il a contourné tout le groupe de joueurs qui étaient plus ou moins immobiles ou qui se dirigeaient vers le haut de glace, et a percuté uniquement ma tête. J'ai perdu conscience au premier impact sur le côté gauche de ma tête et de ma mâchoire et j'étais ensuite en l'air complètement mou, en position horizontale, avant d'atterrir sur le côté droit de ma tête. Tout cela est évident sur la vidéo. Décrieriez-vous l'accident comme très spécial, inhabituel ou/et très impressionnant ? Je pense que c'était certainement unique et violent, je n'ai jamais été chargé comme cela en 26 ans de pratique du hockey sur glace. Avez-vous déjà subi un choc de la sorte, et si oui quand ? Je n'ai jamais vécu un choc de la sorte. Il a surgi dans mon angle mort. J'ai perdu conscience seulement une fraction de seconde après avoir aperçu la couleur d'un maillot de l'autre équipe. Qualifieriez-vous cet accident de sévère ou mineur concernant votre environnement sportif ? C'était un accident très sévère. Qu'avez-vous exactement ressenti après l'impact ? J'étais inconscient après l'impact. Vous pouvez le voir sur la vidéo j'étais couché sur la glace et plus tard j'ai été aidé à sortir de la patinoire par d'autres joueurs et un physio. Mon épouse m'a fait remarquer que je ne lâchais jamais ma canne. Bien sûr, je ne me rappelle de rien, je me suis réveillé environ dix minutes après avoir été mis k.o dans la salle d'entraînement. Le premier souvenir que j'ai est de me réveiller après un rêve étrange, dans un état confus. Je ne savais pas où je me trouvais ni quelle heure il était, et pour une raison étrange, je n'étais pas plus curieux que ça pour savoir ce qu'il s'était passé, tellement j'étais confus. » Concernant ses symptômes, l'assuré a décrit les éléments suivants : « Oui, il y a toute une palette de symptômes, une large variété de maux de têtes, des sensations de pression de l'arrière de la tête au visage, passant par le sommet du crâne et sur les côtés, ainsi qu'une sorte de vertige oppressant qui est difficile à décrire, comme marcher sur une surface flottante. Cela apparaît sous forme de flash dès que je marche ou bouge ma tête, et cela dure parfois quelques secondes ou même toute une journée. Je peux mentionner également des oreilles bouchées, des sensations de picotements à la tête, une difficulté à bouger ma nuque ainsi que des douleurs à la nuque, aux trapèzes, à la cage thoracique, aux yeux, à la mâchoire et aux dents. » L'assuré insistait que son but était de revenir au jeu en janvier 2018. Il a également indiqué qu'il avait un plan de thérapie et allait travailler en collaboration avec le [...], le staff médical de l'équipe et allait poursuivre le suivi avec [...], ergothérapeute basé en Finlande, dont le traitement avait eu passablement d'effets positifs. Par rapport médical du 25 janvier 2018, le Dr X. _____, spécialiste en médecine générale et médecin-conseil de la Vaudoise, a exposé les éléments suivants: « Selon un article du quotidien 24Heures, il a, par la suite, été possible à G. _____, comme prévu,

de s'entraîner une semaine après cette infiltration, le 16 août 2017. Le 2 septembre 2017, il a également pris part à un match amical, même s'il a cependant dû sortir de la glace après une quinzaine de minutes en raison de maux de tête. Par la suite, en date du 7 septembre 2017, votre patient s'est rendu au [...] à [...] pour une nouvelle consultation. Lors de cette dernière, il a fait part de l'exacerbation de la douleur survenue à la suite de l'infiltration du 9 août 2017. Il admet que les symptômes ne sont pas en lien avec l'intensité de l'entraînement. Lors de la consultation de la semaine suivante, le 13 septembre 2017, G._____ déclare se sentir nettement mieux que la semaine précédente et dit ressentir une diminution de moitié de la douleur. Par la suite, dès le début du mois de décembre, votre patient a pu reprendre les entraînements, comme l'attestent de nombreux médias romands. En raison de cet historique, je ne peux comprendre les raisons pour lesquelles le Dr S._____ atteste une rechute dès le 9 août 2017, alors qu'aucune rechute n'a eu lieu à la suite de la seconde infiltration. Je recommande donc à la P._____ de tenir compte d'un taux d'incapacité de travail de 50% depuis le 1^{er} juin 2017. La P._____ me demande également de prendre position sur le traitement au regard des critères « efficace, économique et adéquat » exigés par la loi sur l'assurance-accidents. A la suite de son accident survenu le 20 novembre 2016, Monsieur G._____ a jusqu'à présent suivi 78 séances de physiothérapie, 29 séances d'ostéopathie et 6 séances de chiropractie. Il a également consulté 14 fois le Dr S._____ et s'est rendu à 20 consultations auprès du [...] à [...]. L'efficacité de ce traitement n'est pas mise en évidence et je constate même que certaines séances d'ostéopathie et de physiothérapie ont conduit à une exacerbation des maux de tête. Concernant les imageries, il s'est soumis à un examen radiologique, un examen CT-scan ainsi qu'à trois examens IRM. Aucun de ces examens n'a démontré de signes particuliers objectivables. Ces traitements ne correspondent pas aux critères « efficace, économique et adéquat » exigés par la loi sur l'assurance-accidents. De ce fait, je recommande à la P._____ de ne plus prendre en charge ces traitements. Au cas par cas, si d'autres traitements se révèlent nécessaires, une prise en charge ne sera possible que sous réserve d'une demande préalable de garantie. Par ailleurs, dans cette affaire, la causalité naturelle semble discutable au vu des nombreux antécédents du Monsieur G._____. En effet, je relève dans le rapport du [...] des 25 et 26 janvier 2017 que le patient souffre déjà depuis 2011 de troubles de l'équilibre, qui n'ont pas augmenté à la suite de l'accident du 20 novembre 2017 à la suite d'une nouvelle charge. Au niveau de la nuque et des épaules, il ressort de ce rapport, qu'il ressentait déjà des tensions musculaires récidivantes avant l'accident. En outre, le joueur souffre depuis plusieurs années déjà d'épisodes de « light headed sensations » et de « dizziness ». Par décision du 16 mars 2018, la Vaudoise a mis fin au versement de ses prestations en faveur de l'assuré au 31 décembre 2017. Elle retenait que la causalité adéquate entre l'atteinte à la santé subie par l'assuré et l'événement accidentel faisait défaut. Elle estimait que l'événement accidentel ne constituait objectivement pas un événement important mais au contraire de peu de gravité, pour lequel la causalité adéquate pouvait d'emblée être écartée. Par ailleurs, la Vaudoise a laissé ouverte la question de savoir si un bodycheck chez un joueur de hockey professionnel constituait un accident. Le Dr S._____ a répondu au Dr X._____ par courrier du 22 mars 2018, dont le contenu est le suivant : « Je me dois néanmoins de contester vos dires concernant Monsieur G._____. Ce joueur de hockey professionnel a déjà été victime de commotions au cours de sa carrière, certes. Celle qui nous concerne actuellement a eu lieu le 20 novembre 2016, dans laquelle le joueur a violemment été percuté sur la glace lors d'un contact avec un adversaire, avant que sa tête ne choque également la surface de la glace.

Dans un premier temps nous avons espéré une récupération plutôt rapide malgré la violence du choc, le joueur ayant été remis en capacité totale de rejouer dès le 20 décembre 2016. Malheureusement, dès le 2 janvier 2017, il ressent à nouveau des symptômes lors d'un match de hockey. Il n'avait pas pu reprendre le jeu jusqu'à la fin de la saison 2016-2017. En raison de l'amélioration de son état de santé, je l'ai remis au travail à 50% pour la période estivale d'entraînement, soit du 1^{er} juin 2017 jusqu'au 31 juillet 2017. Néanmoins, dans ces situations de sportifs professionnels l'intensité de l'entraînement ne rejoint jamais celle de la compétition, raison pour laquelle sa capacité était restreinte à 50%. Consécutivement à la visite médicale du 1^{er} août 2017, sa capacité de travail a été rétablie à 100%, pour la reprise de l'entraînement sur glace. Une infiltration, cervicale était prévue cependant à Zurich le 9 août 2017, pour une douleur tenace, rebelle, au niveau cervical, raison pour laquelle j'ai émis un certificat d'arrêt à 100% pour la semaine suivant l'infiltration. Il aurait sans doute été mieux d'envisager de le remettre pleinement au travail au décours de l'infiltration. Le certificat du 9 août 2017 concernait donc les suites immédiates d'un traitement découlant de l'accident initial et non pas d'une rechute dans le sens strict du terme ou un nouveau contact avec un adversaire se serait produit. Malheureusement la situation ne s'est pas déroulée de façon idéale et l'infiltration a plutôt décompensé des douleurs cervicales et des céphalées. Depuis lors la reprise du jeu n'a jamais été possible, bien qu'il ait participé durant quelques minutes et quelques shifts sur la glace, lors un match amical le 7 septembre 2017. Par la suite, il a entrepris à sa charge, divers traitements, entre autres en Finlande, il y est retourné plusieurs fois, au [...], a fait aussi de l'ostéopathie selon diverses techniques avec des résultats toujours plutôt mitigés, bien qu'il ait toujours gardé espoir de pouvoir reprendre son métier normalement. Dans le dernier paragraphe de votre lettre, vous dites que la causalité naturelle semble discutable au vu des antécédents de commotion de Monsieur G._____. Vous relevez dans le rapport du [...] du 25 et 26 janvier 2017 que le patient a déjà souffert dans le passé de troubles de l'équilibre qui n'ont pas augmenté suite à l'accident du 20 novembre 2016 et qu'il ressentait déjà des tensions musculaires récidivantes avant l'accident de la nuque ainsi que d'épisode de light headed sensations et de dizziness depuis plusieurs années. Certes, mais ces symptômes n'étaient pas présents à l'effort jusque-là. La causalité naturelle avec l'accident du 20 novembre 2016 est donc avérée. Les traitements entrepris au regard des critères « efficaces, économiques et adéquats » exigés par la loi sur l'assurance accident peuvent être vus a posteriori comme peut-être pas tout à fait adéquats pour certains d'entre eux. Néanmoins les symptômes parasitant la vie de Monsieur G._____ quotidiennement et l'empêchant de reprendre son travail, c'est la raison pour laquelle il s'est référé aux personnes que je lui ai conseillé de voir ([...], ostéopathe et physiothérapeutes du club). Les autres thérapeutes lui ont été conseillés par d'autres joueurs ayant souffert de commotion. Me concernant, je tiens compte d'un taux d'incapacité de travail de 100% depuis le début de la reprise du championnat, puisque le joueur n'est pas disponible pour son équipe et n'a pu participer à aucun match officiel depuis la reprise du championnat. Au niveau asséurologique il y est toujours difficile et surtout subjectif de se positionner sur la réelle capacité de travail d'un sportif professionnel, lorsqu'il participe qu'aux entraînements et pas aux matchs. » Le 3 mai 2018, G._____, par l'intermédiaire de son conseil, Me Tania Ferreira, s'est opposé à la décision du 16 mars 2018. Il a produit à cette occasion un nouveau rapport médical du Dr S._____ établi le 23 avril 2018, dont le contenu est le suivant : « Quelles lésions présente Monsieur G._____ ? Monsieur G._____ souffre de lésions consécutives à un traumatisme crânien avec des tensions musculaires cervicales

et des épisodes de « light headed sensations » et de « dizziness ». À noter que Monsieur G. _____ aurait déclaré qu'il souffrait déjà de ces symptômes auparavant, mais uniquement au repos et pas à l'effort. Consécutivement à l'accident du 20 novembre 2016, ces symptômes sont également présents à l'effort, l'empêchant de reprendre son métier de hockeyeur professionnel. Y a-t-il des séquelles permanentes ? Cf. question ci-dessus. Son cas peut-il être considéré comme médicalement stabilisé ? Ou au contraire y a-t-il encore des traitements en cours ? Les symptômes ne semblent, malheureusement, plus évoluer depuis plusieurs mois (août 2017 ?). Néanmoins, et je ne suis pas neurologue, je crois savoir que l'on peut considérer des lésions neurologiques comme non évolutives, si une récupération ne s'est pas produite dans les 2 ans qui suivent leur apparition. Y a-t-il encore des traitements en cours ? À ma connaissance, il n'a plus de traitement en cours, aucun de ceux effectués n'ont permis d'amélioration jusqu'alors. Monsieur G. _____ présente-t-il une incapacité de travail ? Dans tous les domaines ? Monsieur G. _____ présente une incapacité de travail en tant que hockeyeur professionnel, son métier de base. Un travail dans le secteur tertiaire par exemple, sans contrainte physique et surtout sans risques de nouveau choc à la tête, est envisageable. Les lésions sont-elles en lien avec l'accident du 20 novembre 2016 ? Oui, avant cet accident, le joueur était capable d'exercer son métier de hockeyeur professionnel normalement, sans plainte verbalisée à mon attention. Pouvez-vous nous dire s'il s'agissait d'un choc violent ? Je n'étais pas présent à la patinoire le soir du match, mais des images vidéo sont disponibles sur internet attestant de la violence du choc. Non seulement contre le joueur qui l'a percuté de l'équipe inverse, mais également de la tête de Monsieur G. _____ sur la glace. Monsieur G. _____ a-t-il perdu connaissance en raison du choc ? Selon mon collègue présent sur place, il aurait probablement perdu connaissance pendant quelques secondes. Une imagerie a-t-elle été réalisée le jour du choc ? Dans le cas échéant quand a-t-elle été effectuée pour la première fois ? Non, aucune imagerie n'a été réalisée le jour du choc, il n'y avait pas d'indication médicale à en faire une, sans critère de gravité, mais uniquement de la surveillance clinique par un proche. La première imagerie a été réalisée le 23 janvier 2017, un CT-scan cérébral, ne démontrant pas de lésion traumatique tant au niveau de la calotte crânienne qu'à l'étage cérébral. La seconde imagerie, une IRM cérébrale le 13 février 2017, n'a pas démontré d'hémorragie infra parenchymateuse ou juxtradurale. L'examen est décrit comme étant normal. Qu'a-t-on pu constater au moyen de cet ou ces imageries ? Cf. réponse précédente. Avez-vous fait faire des tests d'effort à Monsieur G. _____ ? Le cas échéant quels en sont les résultats ? Non je n'ai pas fait réaliser de test d'effort à Monsieur G. _____. Savez-vous si Monsieur G. _____ présentait des lésions avant cet événement ? Je n'étais pas au courant que Monsieur G. _____ pouvait présenter les symptômes décrits précédemment hors de ses entraînements sur glace ou en salle de force, il ne m'en avait pas parlé. Dans le milieu du hockey professionnel, les symptômes que les joueurs jugent comme étant « normaux » ne sont parfois pas relatés lors des visites médicales de même que les vieilles blessures peuvent être « oubliées » d'être mentionnées. Cas échéant l'ont-elles empêché d'exercer son métier ? A-t-il à votre connaissance présenté des incapacités de travail avant cet événement ? Si oui pour quel motif et de quelle durée ? À ma connaissance, il n'avait pas de restriction pour exercer son métier avant cet épisode. Monsieur G. _____ joue au M. _____ depuis la saison 2015-2016. Il a reçu différents coups à la tête, entre autre : · un coup au visage le 13 août 2015 avec une plaie à la lèvre supérieure. · un choc à la tête le 1er septembre 2015 ayant entraîné des céphalées, et un arrêt de travail du 2 septembre 2015 au 17 septembre 2015. · un coup de crosse sur le nez le 1er décembre 2015

avec une fracture du nez, mais sans arrêt de travail. · un puck au visage le 5 janvier 2016 avec une plaie de la lèvre inférieure, mais sans arrêt de travail par la suite ni céphalée. · le 12 mars 2016 il a reçu un choc sur l'arrière de la tête ayant entraîné une entorse cervicale, mais sans arrêt de travail. Voilà pour les épisodes recensés de coup à la tête depuis que je le connais médicalement. Avez-vous connaissance de son dossier médical avant l'événement du 20 novembre 2016 ? Cf. réponse précédente. Le joueur a joué entre autres pour le [...]. »

Le 18 juin 2018, G. _____ a mis un terme à sa carrière de joueur professionnel de hockey sur glace. Il n'a pas pu jouer pour son club durant l'exercice 2017-2018. Par décision sur opposition du 25 avril 2019, la Vaudoise a maintenu la décision attaquée et rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle retenait en premier lieu qu'G. _____ n'avait pas été victime d'un accident, le caractère extraordinaire faisant défaut. Elle soulignait que l'assuré avait vu son adversaire avant la charge et qu'aucune sanction n'avait été prise à l'encontre du joueur du [...]. La Vaudoise a laissé la question de la causalité naturelle ouverte et dénié tout lien de causalité adéquate entre l'état de santé actuel de l'assuré et l'événement du 20 novembre 2016.

B. a) Par acte du 29 mai 2019, G. _____, par l'intermédiaire de son conseil, a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant préliminairement à la reprise de l'instruction du cas par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, principalement à l'annulation de la décision du 25 avril 2019 ainsi qu'à son renvoi à la Vaudoise afin d'accorder les prestations selon l'assurance-accidents, en particulier l'examen de son droit à une rente et une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il estimait que l'établissement d'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire afin de déterminer précisément les diagnostics, le lien de causalité avec l'évènement du 20 novembre 2016 et la présence éventuelle d'une atteinte préexistante. Pour l'intéressé, il ne faisait aucun doute que l'évènement en question était un accident. Les lésions qu'il présentait étaient en lien de causalité naturelle avec l'évènement du 20 novembre 2016, dans la mesure où ces atteintes, soit des tensions musculaires cervicales, des épisodes d'étourdissement et de vertige se présentaient désormais également pendant l'effort, ce qui n'était pas le cas auparavant. Il faisait valoir que l'évènement en question constituait un accident de gravité moyenne à la limite des cas graves et que tous les critères afin de reconnaître un lien de causalité adéquate étaient remplis.

b) Dans sa réponse du 16 juillet 2019, la Vaudoise a conclu au rejet du recours. Elle retenait que l'évènement du 20 novembre 2016 ne constituait pas un accident, dans la mesure où la trajectoire de la charge était prévisible et qu'aucun impact direct de la tête contre la glace ne pouvait être retenu. La question de la causalité naturelle pouvait rester ouverte, dans la mesure où la causalité adéquate devait être niée. Elle renvoyait pour le surplus aux considérants de sa décision sur opposition.

c) Dans sa réplique du 13 septembre 2019, l'assuré a confirmé ses conclusions et produit une déclaration du 8 septembre 2019 établie par M. T. _____, consultant pour le hockey sur glace sur une chaîne de télévision, arbitre et ancien joueur professionnel, dont le contenu est le suivant : 6. Comme on peut le voir sur les images, la charge donnée par le joueur W. _____ ([...]) à M. G. _____ (M. _____) intervient à 9'52" de la fin du match, alors que M. _____ est en train de remporter la partie sur le score de 5 à 2. 7. Ma première observation est que la charge intervient dans une zone sûre (« safe zone »), où les joueurs n'ont en principe pas à s'attendre à être frappés. Elle intervient aussi alors que le porteur du palet (M. G. _____) effectue une passe en retrait dans sa zone défensive pour permettre au jeu d'être relancé. C'est une raison supplémentaire pour lui ne pas s'attendre à une charge. Et la charge intervient de la part d'un joueur qui n'était pas au duel avec M. G. _____. Les images

démontrent par ailleurs que M. G. _____ ne s'attend pas du tout à cette charge : la position de ses jambes notamment, très resserrées, le démontre. 8. Me Zen-Ruffinen m'a demandé de déterminer si la tête de M. G. _____ est touchée dans l'action. Je suis d'avis que la tête est touchée à plusieurs reprises : a. Si on observe bien la scène, on note tout d'abord une grande différence de taille entre les deux joueurs. M. G. _____ était connu dans la ligue nationale pour être un grand gabarit et il est bien plus grand que M. G. _____. Ainsi, si les images montrent que la charge est bien pratiquée « épaule contre épaule », en raison de l'importante différence de taille entre les deux joueurs et de la puissance de l'impact, on voit que la tête de M. G. _____ vient, sous le choc, frapper l'épaule de M. W. _____. C'est ce qu'on appelle un « full-body contact ». L'épaule est visée, mais la tête est frappée aussi (sans toutefois que l'énergie principale de la charge n'ait visé la tête). b. La trajectoire du corps de M. G. _____ et sa chute démontrent qu'il est inconscient (« knocked out ») dès la charge. En effet, il est frappant sur les images de voir d'une part qu'il ne se protège pas avec les bras en retombant (ses bras ne bougent que sous l'effet de la gravité) et d'autre part qu'il ne retient pas sa tête. Or, lorsqu'un joueur a encore un peu d'énergie dans son corps, il retient sa tête, ce qui n'est clairement pas le cas ici. Ainsi, lorsque M. G. _____ tombe, sa tête heurte la glace, rebondit et heurte la glace encore une fois. 9. Je peux donc répondre par l'affirmative, quant à savoir si M. G. _____ a été touché à la tête. Il l'a été sur le premier impact (charge) puis sur le second impact (chute, où la tête amortit même le poids du corps sur la glace). 10. Je veux encore donner une explication, car la chose n'est pas forcément facile à comprendre pour ceux qui n'ont pas pratiqué le hockey sur glace à haut niveau. Sur cette action, la différence de taille, mais aussi de masse, entre les deux joueurs est très importante. Le joueur W. _____ donne la charge à M. G. _____ alors qu'il est lancé à pleine vitesse et que M. G. _____ est presque à l'arrêt. Or, il faut savoir que l'énergie dégagée par un tel impact est comparable à celle d'un accident de voiture. d) Dans sa duplique du 31 octobre 2019, la Vaudoise a requis le rejet des déclarations de M. T. _____, doutant son impartialité et contestait notamment ses positions quant au choc à la tête. En effet, M. T. _____ avait tenu des propos divergents à l'occasion d'une émission spécialisée, diffusée le lendemain de la charge subie par G. _____. Elle confirmait ensuite ses précédentes conclusions. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) 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) En l'occurrence, 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. Dans le cas d'espèce, le litige a pour objet le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 décembre 2017. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. b) L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte

dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire. c) S'agissant des lésions qui surviennent lors de la pratique d'un sport, le Tribunal fédéral a considéré à diverses reprises que l'existence d'un événement accidentel doit être niée lorsque et dans la mesure où le risque inhérent à l'exercice sportif en cause se réalise. En d'autres termes, il a souvent nié le caractère extraordinaire de la cause externe lorsqu'une atteinte à la santé se produit alors que le sport est exercé sans que survienne un incident particulier, la notion d'accident n'étant réalisée que si l'exercice sportif se déroule autrement que ce qui est prévu (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 100 p. 925 s. ; Perrenoud, op. cit., n° 30 ad art. 4). Un accident a été admis dans le cas d'un cavalier qui s'est blessé parce que son cheval est tombé tête la première (TFA U 296/05 du 14 février 2006 consid. 2.3) ou d'un joueur victime d'une charge contre la balustrade durant un match de hockey sur glace (ATF 130 V 117 consid. 3). Il a en revanche été nié pour un joueur professionnel de hockey sur glace qui s'est blessé à l'épaule lors d'un tir en frappant la glace avec sa crosse (TF 8C_141/2009 du 2 juillet 2009 consid. 7.2), pour une personne qui a trébuché sur une pierre, sans chuter, lors d'une séance de « nordic walking » (TF 8C_978/2010 du 3 mars 2011 consid. 4.2) ou encore pour une personne qui, à l'occasion d'un plongeon d'une hauteur de sept mètres à la piscine, a subi un choc en raison du mauvais positionnement de son corps lors de la pénétration dans l'eau (TFA U 17/02 du 10 décembre 2002 consid. 2 ; pour d'autres exemples : Frésard/Moser-Szeless, loc. cit. ; Perrenoud, loc. cit.). 4. a) L'intimée estime que l'événement du 20 novembre 2016 impliquant le recourant ne saurait être qualifié d'accident, le caractère extraordinaire du facteur extérieur faisant défaut. Elle invoque l'ATF 130 V 117, dans lequel le Tribunal fédéral a admis que la notion d'accident devait être retenue dans le cas d'une trajectoire du corps totalement imprévisible suivant la charge. En l'espèce, la Vaudoise souligne qu'il ressortait de la vidéo de l'événement qu'G. _____ était en possession du palet et qu'il avait vu son adversaire arriver contre lui, juste avant d'effectuer une passe à son coéquipier. Pour le recourant, il ne fait aucun doute que l'événement du 20 novembre 2016 devait être qualifié d'accident, le recourant ayant été éjecté comme un pantin, soulevé de la glace de tout son corps et retombé sans pouvoir d'une quelconque manière amortir sa chute, par exemple à l'aide de ses bras. b) Le recourant et l'intimée se prévalent de l'ATF 130 V 117, qui concerne une blessure survenue au cours d'un match de hockey sur glace à la suite d'une mise en échec. Dans cette affaire, le caractère accidentel du choc avait été admis au motif qu'un tel acte de jeu n'était pas interdit, mais qu'il ne comptait pas pour autant parmi les chocs prévisibles lors d'un match de hockey, à l'inverse d'autres contacts ou de chutes sur la glace. S'il fallait s'attendre à des contacts corporels durs et à des attaques au corps dans la pratique du hockey, le Tribunal fédéral a considéré que le facteur externe inhabituel inhérent à la notion d'accident pouvait aussi être un mouvement du corps influencé de manière imprévisible. Une séquence de mouvement non coordonnée représente ainsi le facteur externe inhabituel. Dans cet arrêt, l'assuré avait été blessé par un bodycheck l'ayant propulsé de manière incontrôlable contre la balustrade. De telles attaques, certes fréquentes, conduisent cependant à une altération imprévisible de la séquence de mouvements à laquelle le joueur affecté est exposé. Bien que chaque joueur doive s'attendre à être victime d'une faute, il ne peut pas prévoir la manière dont l'attaque du corps affectera le cours naturel du mouvement. C'est le caractère inhabituel de cet effet qui produit le facteur externe justifiant la qualification d'accident

(ATF 130 V 177 consid. 3). c) En l'espèce, l'attaquant adverse a chargé le recourant sur son côté gauche, le propulsant en l'air, puis, une fois l'intéressé à l'horizontale, ce dernier est retombé sur la glace. Le côté droit de sa tête a alors heurté la glace à deux reprises. Le recourant a perdu connaissance et est resté immobile près de quarante secondes avant de sortir de la glace par ses propres moyens, accompagné par des coéquipiers ainsi qu'un membre du staff médical. L'intéressé déclare qu'il ne s'attendait pas à une telle attaque. Au vu des pièces au dossier, il n'y a pas lieu de douter de ces déclarations, rejoignant d'ailleurs celles de T._____. Bien que le recourant pouvait s'attendre à être victime d'une attaque à un moment ou à un autre, il ne pouvait pas prévoir qu'elle interviendrait à ce moment ni comment la charge affecterait le cours naturel du mouvement. Les images de la chute du recourant le confirment. On constate que l'intéressé ne maîtrise en rien les conséquences de la charge subie, dès lors qu'il chute lourdement sur la glace, sans même mettre ses mains ou ses bras en vue d'amortir le choc, sa tête frappant la glace à plusieurs reprises. Nous sommes ainsi en présence d'un élément inhabituel, conduisant effectivement à une altération imprévisible de la séquence de mouvement prévue par l'assuré. Il a donc subi un mouvement "non programmé" dépassant, par son ampleur, ce qui peut objectivement être qualifié de normal et d'habituel dans un tel sport "combatif", impliquant de nombreux contacts corporels entre les joueurs. Le facteur extérieur peut ainsi être considéré comme extraordinaire. La qualification de la chute survenue le 20 novembre 2016 en tant qu'accident est dès lors admise. 5. a) 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). b) 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 er 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 20 novembre 2016. L'intimée retient quant à elle que la question de la causalité naturelle peut rester ouverte dans la mesure où la question de la causalité adéquate fait défaut. Au vu des pièces médicales présentes au dossier, notamment les rapports établis par le [...], un lien de causalité naturelle doit être admis en ce qui concerne les tensions musculaires cervicales, les maux de tête et le nystagmus. Ces symptômes ont été clairement objectivés à la suite de l'accident du 20 novembre 2016. Ils n'étaient pas ressentis antérieurement à l'événement accidentel, du moins pas de manière durable. La situation diffère concernant les symptômes de « light headed sensation » et de « dizziness ». En effet, le recourant avait déjà été sujet à de tels maux. Cependant, ils se sont régulièrement déclarés à l'effort suite à l'accident, ce qui n'était pas le cas précédemment, comme le relève le Dr S._____ dans son rapport du 23 avril 2018, ce qui résulte également du rapport du 16 juin 2017 de la Dre H._____.

On est donc en présence d'une aggravation de ces symptômes également liée à l'événement accidentel, un lien de causalité naturelle devant ainsi être admis à leur égard. En revanche, les sensations de vertiges chroniques sont présentes chez le recourant depuis plusieurs années (rapport du 16 juin 2017 de la Dre H. _____), et aucune aggravation n'a été observée suite à l'accident. Le lien de causalité naturelle peut ainsi être nié concernant les vertiges ressentis par le recourant.

6. 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 des 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 déterminantes 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 (arrêts 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 p. 126 s.; 129 V 402 consid. 4.4.1 p. 408). 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 (arrêt 8C_96/2017 du 24 janvier 2018 consid. 4.3 in fine et les arrêts cités ; 8C_533/2017).

d) S'agissant de la gravité de l'accident, l'intimée considère que celui-ci est de gravité moyenne, mais à la limite inférieure au contraire du recourant qui soutient une gravité moyenne à la limite des accidents graves. En l'espèce, le choc a été violent et a généré suffisamment de force pour projeter le corps du recourant en l'air et le faire chuter lourdement sur la glace. Bien que les images de l'accident ne peuvent laisser indifférent, on ne saurait qualifier l'accident de particulièrement dramatique, ni de particulièrement impressionnant. L'accident a ainsi généré des forces importantes avec un fort impact contre un autre joueur et une lourde chute, la tête heurtant la glace à plusieurs reprises. Cela a certes entraîné une perte de connaissance, une amnésie puis un syndrome post-traumatique après commotion cérébrale, mais n'a pas causé de lésions physiques objectivement graves ni nécessité une prise en

charge médicale immédiate. Le recourant a d'ailleurs pu se relever et quitter la glace avec l'aide de coéquipiers. Dans de telles conditions, l'accident peut être qualifié de gravité moyenne stricto sensu. 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 les joueurs, et relève que l'adversaire n'a pas été sanctionné pour son comportement. Pour le recourant, l'accident a été particulièrement impressionnant puisqu'il a été projeté dans les airs par un joueur qui est arrivé contre lui à pleine vitesse et sans qu'il ne le voie. Il ajoute qu'il est tombé sur la glace de manière particulièrement violente. 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, arrêt 8C_584/2010 du 11 mars 2011; voir également les arrêts 8C_434/2012 du 21 novembre 2012 consid. 7.2.3 et 8C_624/2010 du 3 décembre 2010 consid. 4.2.1). Ce critère ne saurait être retenu en l'espèce. Les images de la charge sont certes relativement impressionnantes compte tenu de la violence du choc. Cependant, le recourant ne se souvient pas du déroulement exact et complet de l'accident, ayant perdu connaissance et souffert d'une amnésie temporaire. Comme relevé précédemment (consid. 6. d), il a ensuite pu se relever et quitter la glace à l'aide de coéquipiers. Une prise en charge médicale immédiate n'a pas été nécessaire. L'intensité requise pour retenir ce critère n'est ainsi pas réalisée. 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.). Tel n'est pas le cas en l'espèce. Il est vrai que le dossier fait mention, outre le traumatisme cranio-cérébral, de tensions musculaires cervicales traitées par infiltrations et physiothérapies. On ne saurait toutefois considérer qu'il s'agit de lésions graves ou particulières au sens où l'entend la jurisprudence. Le recourant a, malgré les symptômes pu suivre une rééducation intensive, se rendant notamment en Finlande afin de suivre un traitement spécifique et en adaptant son entraînement. Il a d'ailleurs pu retrouver la glace un mois après l'accident en question, avant une première rechute. cc) En ce qui concerne l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible, il y a uniquement lieu de prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire ; n'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin. Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré. 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.). En l'occurrence, le recourant n'a

subi aucune intervention chirurgicale, singulièrement aucune prise en charge médicale de longue durée en milieu hospitalier. Le traitement médical appliqué au recourant a consisté en des mesures conservatrices (médicaments, infiltrations, physiothérapie, ostéopathie, chiropractie) et visé davantage à lui procurer une meilleure qualité de vie qu'à une amélioration effective de son état de santé. Il sied également de souligner que le recourant a pu reprendre son activité sportive un mois après l'accident, avant une première rechute. Par ailleurs, on ne distingue pas en quoi le traitement était particulièrement pénible, d'autant plus pour un joueur professionnel habitué à un travail physique journalier. En ce sens, il convient de nier que le critère de l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible. dd) Le critère de l'intensité des douleurs ne sera quant à lui pas retenu. En effet, la présence de douleurs importantes sans interruption n'est pas réalisée. L'assuré a été en mesure à trois reprises de reprendre l'entraînement de hockey, puis de disputer des matchs. Il a également été capable de suivre un entraînement personnel exigeant afin de retrouver son niveau. Les sensations de « light headed sensation » et de « dizziness », si elles n'ont pas disparu, ont été intermittentes et ont fluctué en intensité. Quant aux maux de tête, ils sont passés de 7/10 à 2/10 selon l'échelle de la douleur, comme le constate l'ostéopathe du recourant en date du 2 novembre 2017. ee) S'agissant des erreurs dans le traitement médical, le recourant fait valoir une aggravation des symptômes suite à l'infiltration réalisée en août 2017, respectivement de douleurs après certaines séances d'ostéopathie. Une décompensation des douleurs cervicales et des céphalées à la suite de l'infiltration réalisée le 7 août 2017 a été attestée par le Dr S. _____ (courrier du 22 mars 2018). Cependant, une décompensation de certains symptômes ne saurait automatiquement révéler une erreur médicale. Le recourant avait par ailleurs subi une telle infiltration au mois de mars 2017 qui s'est bien déroulée. L'intéressé avait ressenti des effets positifs après une phase de décompensation de cinq à six jours. Concernant les douleurs après certaines séances d'ostéopathie, force est de constater qu'elles ne sont pas documentées. Il est également généralement admis que des douleurs peuvent apparaître à la suite de telles séances, suite à certaines manipulations, sans pour autant impliquer une erreur médicale. ff) Concernant les difficultés apparues au cours de la guérison et complications importantes, le recourant invoque qu'aucun traitement proposé en Suisse n'a eu d'effet positif sur ses séquelles, désormais permanentes. Dites séquelles l'ont empêché de reprendre son activité professionnelle. Or, selon la jurisprudence, il doit exister des motifs particuliers ayant entravé la guérison (cf. arrêt 8C_196/2016 du 9 février 2017, consid. 5.4), et ce même s'il n'a pas été possible de supprimer les douleurs de l'intéressé, ni même de rétablir une capacité de travail entière (cf. arrêts 8C_252/2007 du 16 mai 2008 consid. 7.6 et 8C_57/2008 du 16 mai 2008 consid. 9.6.1). On ne voit pas en l'espèce quels motifs particuliers pourraient être invoqués, l'échec des traitements et la persistance des troubles n'étant pas suffisants pour remplir ce critère. Le choix de se rendre à l'étranger afin de bénéficier d'une autre option thérapeutique ne saurait à lui seul légitimer la réalisation de ce critère. 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 fait valoir qu'il est en incapacité de travail depuis plus de deux ans et de manière définitive pour ce qui concerne le hockey. Selon le Tribunal fédéral, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui est déterminante mais bien plutôt son importance au regard des efforts sérieux accomplis par l'assuré pour reprendre une activité, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7). En l'espèce, le recourant a fait preuve de passablement d'abnégation afin de retrouver une capacité totale, respectivement

partielle, de travail. Il a repris l'entraînement à plusieurs reprises dans l'optique d'un retour définitif sur la glace, sans succès. Il a par ailleurs suivi multitudes de thérapies, se rendant chez différents spécialistes, dont un basé en Finlande tout en adaptant son entraînement. Cependant, malgré ses efforts, il n'a jamais pu retrouver l'entier de ses capacités, le conduisant à prendre sa retraite professionnelle au terme de l'exercice 2017-2018. Au vu de ce qui précède, ce critère apparaît comme rempli, 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 ainsi 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 31 décembre 2017. 7. 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 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b). En l'occurrence, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions du recourant, notamment l'audition de M. T._____. 8. a) Compte tenu des considérations 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 est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 25 avril 2019 par la Vaudoise Générale, Compagnie d'Assurances SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais 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 Tania Ferreira (pour G._____), ■ la Vaudoise Générale, Compagnie d'Assurances SA, - l'Office fédéral de la santé publique, 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.