

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3477/2015

ATAS/524/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 juin 2016

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ANNEMASSE, FRANCE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre
STASTNY

recourant

contre

HELSANA ACCIDENTS SA, sise, avenue de Provence 15,
LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1971, travaille en qualité de chargé de communication à 60% au sein de B_____, association homosexuelle, ainsi qu'en tant que chargé de projet à 20% pour le C_____ Genève, depuis le 1^{er} septembre 2013.

A ce titre, il est assuré auprès de Helsana Accidents SA (ci-après : l'assurance) contre le risque d'accident, professionnel ou non.

2. En date du 20 novembre 2013, l'assuré a chuté en scooter en voulant éviter une collision avec un autre véhicule.
3. Un scanner réalisé le 21 novembre 2013 a mis en évidence des fractures avec un chevauchement important des arcs postérieurs de K4, K5, K6, K7 à droite, une contusion pulmonaire et un hémio-thorax droit, ainsi qu'une fracture claviculaire droite non déplacée.

L'assuré a été hospitalisé et a dès lors été dans l'incapacité totale de travailler.

4. Le 25 novembre 2013, l'assuré a annoncé l'évènement à l'assurance, qui a pris le cas en charge.
5. Dans un rapport du 23 décembre 2013, le docteur D_____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué quatre fractures de côtes droites (C4, C5, C6, C7), un hémio-pneumothorax droit, une fracture de la clavicule droite déplacée, une contusion du genou droit avec un probable écrasement du sciatique poplité externe, ainsi qu'un état de stress post-traumatique.
6. Un rapport a été émis par le centre hospitalier Alpes-Léman (CHAL) le 29 janvier 2014, qui mentionnait à titre de diagnostics des fractures de la clavicule droite et des côtes, ainsi qu'un pneumothorax. Une rééducation était en cours et un dommage permanent n'était pas à craindre.

7. Dans un rapport d'évaluation du 3 février 2014, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de l'assurance, a retenu comme diagnostics les fractures des côtes 4 à 7, un hémio-pneumothorax, une fracture de la clavicule droite déplacée, une contusion du genou droit et un état de stress post-traumatique.

Il a considéré que la durée de l'arrêt de travail de l'assuré ne se justifiait plus s'agissant d'une activité administrative et a préconisé une reprise du travail dès février 2014.

A son sens, on ne devait pas s'attendre à une atteinte persistante. Le médecin-conseil préconisait toutefois une expertise par le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur.

8. En date du 6 février 2014, l'assurance a informé l'assuré qu'elle entendait mettre sur pied l'expertise suggérée par son médecin-conseil.
9. Par courrier du 27 février 2014, l'assuré a requis l'annulation de l'expertise prévue au motif qu'il était hospitalisé pour une durée indéterminée.
10. Dans un rapport adressé le 11 février 2014 à l'assurance, le Dr D_____ a confirmé les diagnostics de polytraumatismes suite à un accident sur la voie publique et d'état de stress post-traumatique.

Selon ce médecin, des circonstances sans rapport avec l'accident - un antécédent dépressif - jouaient un rôle dans l'évolution du cas. Un suivi psychiatrique était préconisé, de manière hebdomadaire, pour une durée de six mois.

L'incapacité de travail demeurait totale dans toute activité. L'existence d'un dommage permanent restait à déterminer.

11. Par courrier du 12 mars 2014, l'assurance a annulé l'expertise prévue, tout en demandant à l'assuré de se soumettre rapidement à une consultation spécialisée auprès du centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).
12. Dans un rapport du 20 mars 2014, le docteur G_____, médecin psychiatre, a diagnostiqué chez l'assuré un état dépressif, avec une anxiété importante, sur un terrain déjà fragilisé, tout en mentionnant une légère amélioration sur le plan thymique. Selon ce médecin, aucune circonstance sans rapport avec l'accident ne jouait de rôle dans l'évolution du cas. Les consultations étaient quotidiennes et le traitement de durée indéterminée. Une reprise complète du travail était prévue en mai 2014, après une réévaluation le 14 avril 2014.
13. L'assuré a été hospitalisé pour un trouble anxieux et dépressif du 27 février 2014 au 26 mars 2014. Dans le rapport établi à sa sortie, le Dr G_____ a précisé que l'assuré avait bénéficié d'un suivi psychiatrique depuis l'âge de vingt ans, qui avait été interrompu un an auparavant. Le médecin avait observé des troubles anxieux exacerbés depuis l'accident. L'hospitalisation de l'assuré avait cependant été bénéfique, en permettant la mise à distance des situations anxiogènes. Le traitement médicamenteux se poursuivait et l'arrêt de travail était préconisé jusqu'à la consultation prévue le 14 avril 2014.

14. Le 26 mai 2014, sur mandat de l'assurance, le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès du CHUV, a procédé à une expertise.

L'expert a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, en rémission partielle (F33.4), de trouble panique (F41.0) et de syndrome de stress post-traumatique (F43.1), suite à l'accident de novembre 2013.

Il a émis l'avis que la prise en charge physique après l'accident, vécue comme chaotique et inappropriée, avait probablement contribué à la sévérité de l'état dépressif.

Cependant, le séjour hospitalier effectué et le traitement médicamenteux instauré avaient été bénéfiques et le pronostic était excellent.

S'agissant des symptômes de l'état de stress post-traumatique, il fallait attendre le résultat final de la psychothérapie. Un traitement psychiatrique à long terme était recommandé pour éviter des récurrences.

Malgré la rémission partielle de l'épisode dépressif et la persistance de symptômes de stress post-traumatique, le praticien observait que l'assuré avait pu reprendre son travail au même taux d'occupation qu'avant l'accident. Cela étant, le rendement n'était pas encore estimé à 100%.

15. Le 16 juin 2014, au vu de cette évaluation, le Dr E_____ a conclu à une aggravation d'un état dépressif préexistant, à laquelle s'ajoutait un état de stress post-traumatique ; il a émis l'avis que le *statu quo sine* serait atteint fin 2014, soit un an après l'accident.
16. Dans un rapport du 17 octobre 2014, Madame I_____, psychologue, a relevé que l'assuré restait dans un état d'hypervigilance et d'anxiété généralisée, dont les prémisses étaient à relier à l'enfance. La dynamique dépressive était conjointe à cet état. Les consultations n'étaient pas en lien avec les atteintes dues à l'accident, mais avec ce qui avait été réactivé. Les symptômes encore présents ne définissaient plus un état de stress post-traumatique, mais une dépression post-traumatique qui s'articulait à une dépression antérieure et se manifestait par une anxiété persistante et des accès d'angoisses paroxystiques.
17. Le 3 février 2015, la doctoresse J_____, spécialiste en psychiatrie, a indiqué la persistance d'une humeur dépressive et de symptômes de la lignée post-traumatique. La modification du traitement psychotrope avait toutefois permis une amélioration partielle de la symptomatologie. La praticienne recommandait la poursuite de la prise en charge de l'assuré sur le plan psychique.
18. Le 4 février 2015, le Dr D_____ a attesté que son patient souffrait, depuis l'accident du 20 novembre 2013, de douleurs à l'épaule droite, sans intervention chirurgicale possible, de douleurs costales droites, avec une impossibilité de rester assis longtemps, de douleurs dorsales médio-rachidiennes, de douleurs du genou droit avec instabilité et d'un état de stress post-traumatique. Selon le praticien, des séquelles définitives étaient probables à terme, notamment arthrosiques, au niveau des lésions osseuses.
19. Dans un rapport du 9 mars 2015, le Dr E_____ a considéré que l'état de santé de l'assuré n'était pas stationnaire, mais qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) ne devrait probablement pas être allouée.
20. Dans un rapport du 16 mars 2015, le Dr E_____ a estimé, au vu des derniers rapports de la psychologue et du psychiatre de l'assuré, et des antécédents de dépression de celui-ci, qu'il n'y avait plus de lien de causalité naturelle avec

l'accident. Sur le plan somatique, l'état était stabilisé depuis longtemps. A son sens, l'octroi d'une IPAI n'était pas à prévoir.

21. Par décision du 31 mars 2015, l'assurance a signifié à l'assuré qu'elle mettait un terme à ses prestations. En effet, selon son médecin-conseil, le statu quo sine avait été atteint.
22. Le 23 avril 2015, l'assuré a formé opposition contre cette décision en concluant à l'octroi d'une IPAI pour les suites somatiques et psychiques permanentes, respectivement durables, de l'accident.
23. Le 18 mai 2015, le Dr E_____ a précisé qu'une fracture de la clavicule guérit souvent sans séquelle suffisante pour justifier une IPAI. En l'espèce, s'il existait clairement un risque d'arthrose au long cours, cette complication tardive n'était ni certaine, ni prévisible et ne pouvait donc être prise en compte pour l'heure, mais appréciée le moment venu. Quant aux douleurs aux genoux, en l'absence de diminution de la mobilité ou d'arthrose post-traumatique, elles ne pouvaient fonder le droit à une IPAI. Enfin, l'état de stress post-traumatique n'était pas un diagnostic à long terme pouvant justifier une IPAI. Quoi qu'il en soit, la psychologue traitante avait fait état d'un statu quo sine dans son courrier du 17 octobre 2014.
24. Dans un rapport du 27 mai 2015, le Dr D_____ a fait valoir que, suite à l'accident, son patient courait le risque de développer une arthrose aux endroits lésés, à savoir l'épaule et le genou droits. Le médecin a argué que la probabilité d'apparition d'une arthrose dans toute articulation ayant subi un traumatisme est étayée par de nombreuses études rhumatologiques, confirmées par sa propre expérience professionnelle. Le praticien estimait la probabilité de l'apparition d'une complication arthrosique sur les articulations lésées à 60%.
25. Par courrier du 15 juin 2015, l'assuré a maintenu sa demande d'octroi d'une IPAI sur le plan somatique, en rappelant qu'il convient de tenir équitablement compte des aggravations prévisibles.
26. Le 13 juillet 2015, le Dr E_____ a précisé sa pensée concernant l'arthrose à la clavicule : il n'avait jamais soutenu qu'elle ne fondait pas une IPAI, mais seulement qu'elle n'était pas prévisible. En effet, en l'état, aucun élément n'allait en ce sens ; tant qu'une arthrose secondaire n'était pas présente, il ne pouvait en être tenu compte sur le plan médical. Si cette complication tardive apparaissait, alors cela justifierait une IPAI de 5%, selon la table V de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; SUVA). En l'absence de traitement depuis longtemps, le cas était stabilisé, mais sans statu quo.

S'agissant des contusions aux genoux, il n'y avait pas de lésion associée ligamentaire, méniscale ou osseuse. Dans ce contexte, la présence d'une aggravation durable ne pouvait être démontrée. De plus, une contusion n'induisait en principe pas de trouble secondaire.

Quant à l'aspect psychiatrique, le Dr E_____ a rappelé que la thérapeute de l'assuré avait elle-même indiqué que le statu quo sine était atteint.

27. Par décision du 31 août 2015, l'assurance a partiellement admis l'opposition, en ce sens qu'elle a admis que le statu quo sine n'avait pas été atteint au niveau de la clavicule.

Pour le reste, sur le plan physique, l'assurance a nié l'existence d'une relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident, relevant que l'assuré avait repris le travail en mai 2014 et qu'il aurait même pu le faire dès fin février 2014 déjà, s'il n'y avait eu une incapacité pour raisons psychologiques.

S'agissant de l'IPAI réclamée sur le plan physique en raison du risque d'arthrose découlant des fractures de la clavicule et du genou, l'assurance l'a refusée au motif qu'aucune arthrose ne s'était encore manifestée, que l'apparition d'une arthrose n'était que « possible », mais non « prévisible » et qu'il était donc trop tôt pour se prononcer.

D'un point de vue psychique, l'assurance a exclu tout lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques encore présents. Le statu quo sine avait d'ailleurs déjà été atteint en octobre 2014. Aucune IPAI ne se justifiait sur ce plan.

Cela étant, l'assurance réservait une nouvelle prise en charge du cas, en cas de rechute ou de séquelles tardives liées à l'accident.

28. Par acte du 5 octobre 2015, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant avec suite de dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise auprès d'un spécialiste orthopédique neutre sur la question du caractère prévisible de l'apparition de séquelles arthrosiques, principalement, à l'octroi d'une IPAI d'au minimum 5% pour ces séquelles.

Le recourant argue que la survenance de problèmes arthrosiques est hautement vraisemblable - l'avis du Dr D_____ à cet égard devant être préféré à celui du Dr E_____, d'une part, qu'une révision ultérieure de la décision de l'assurance sur ce point ne pourrait être admise que de manière exceptionnelle, d'autre part.

29. Dans sa réponse du 19 octobre 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours et s'est opposée à la mise en œuvre d'une expertise.

L'intimée soutient que la simple possibilité d'une aggravation de l'atteinte à l'intégrité ne suffit pas pour l'octroi d'une IPAI. Or, selon elle, en l'occurrence, l'atteinte n'est pour l'heure ni prévisible, ni quantifiable, au vu des avis médicaux, en particulier ceux du Dr D_____ des 4 février et 27 mai 2015 et ceux du Dr E_____ des 18 mai et 13 juillet 2015. Médicalement parlant, il est tout à fait envisageable qu'il n'y ait pas d'arthrose du tout ou, à l'inverse qu'elle soit plus importante que subodoré.

Pour le surplus, l'intimée considère que l'avis du Dr E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et donc plus qualifié que le Dr D_____, spécialiste en médecine générale, doit l'emporter.

Dans ces conditions, la mise en œuvre d'une expertise médicale lui paraît superflue, d'autant plus que l'intimée n'exclut pas l'octroi d'une IPAI au recourant ultérieurement, s'il devait effectivement développer une arthrose.

30. Par écritures du 23 novembre 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il relève que l'intimée n'exclut pas l'octroi d'une IPAI ultérieurement, d'une part, qu'elle admet qu'une arthrose même plus grave qu'attendu pourrait survenir, d'autre part.

Quoi qu'il en soit, le recourant maintient qu'une expertise est nécessaire pour évaluer la vraisemblance d'une atteinte future.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

b. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 5 octobre 2015, contre la décision sur opposition datée du 31 août 2015, mais reçue par le recourant le 3 septembre 2015, est recevable en vertu des art. 56ss LPGA.

4. Le litige se limite à l'examen du droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique.
5. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).
6.
 - a. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).
 - b. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, 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 ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.
 - 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 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).
7.
 - a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). La réglementation prévue à l'art. 24 al. 2 LAA suppose que les conditions d'octroi de chacune des prestations soient réunies au même moment (ATF 113 V 48 consid. 3).

D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1^{ère} phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2^{ème} phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

b. Selon l'art. 36 OLAA, édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité **est** réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1^{ère} phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2^{ème} phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1^{ère} phrase).

Cette disposition a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 401/06 du 12 janvier 2007 consid. 2.2). Le caractère durable de

l'atteinte doit être à tout le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 124 V 29 consid. 4b/cc). Quant au caractère important de l'atteinte, le ch. 1 de l'annexe 3 à l'OLAA précise que les atteintes à l'intégrité qui sont inférieures à 5 % selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Il faut en conclure qu'une atteinte est réputée importante si elle atteint au moins ce pourcentage (Thomas FREI et Juerg P. BLEUER, Évaluation d'atteintes à l'intégrité multiples, in SUVA Medical 2012, p. 202).

c. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

A compter du 1^{er} janvier 2008, le montant maximum du gain assuré s'élevait à CHF 126'000.- par an et CHF 346.- par jour. Depuis le 1^{er} janvier 2016, il s'élève à CHF 148'200.- par an et CHF 406.- par jour (art. 22 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA ; RS 832.202]).

L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 113 V 218 consid. 2a; RAMA 1988 p. 236) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 209 consid. 4bb).

L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité énumérées à cette annexe est fixée, en règle générale, en pourcent du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1 de l'annexe 3). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, en fonction de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'assuré présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique. Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème ne donnent droit à aucune indemnité. Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision (ch. 1 al. 2 de l'annexe 3). La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué (ch. 2 de l'annexe 3).

La Division médicale de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (disponibles sur www.suva.ch). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 132 II 117 consid. 2.2.3; ATF 124 V 209 consid. 4.cc; ATF 116 V 156 consid. 3).

d. Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4, 1^{ère} phrase OLAA). De jurisprudence constante, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2; RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b).

A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a nié le caractère prévisible d'une aggravation en fonction de l'indication du médecin selon laquelle « il n'était pas impossible » que l'affection (périarthrite scapulo-humérale) entraînant « d'ici quelques années » une arthrose moyenne (RAMA 1998 p. 602 consid. 3b); à l'inverse, il a admis l'aggravation prévisible d'une arthrose du genou dans le cas où le médecin a fait état d'une telle aggravation « en raison de l'évolution toujours défavorable de l'arthrose » (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 UV n° 27 p. 98).

Par ailleurs, une révision de l'indemnité n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4, 2^{ème} phrase OLAA; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 124/01 du 22 novembre 2001 consid. 1b). Elle doit être d'au moins 5 % de plus que ce qui était pronostiqué (RAMA 1991 p. 306).

8. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

En particulier, une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel – anatomique ou fonctionnel -, mental ou psychique (cf. Alfred MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, p. 414). La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97, 8C_459/2008, consid. 2.3 ; voir également Thomas FREI, Die Integritätsentschädigung nach art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit., n° 235).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un

jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a toutefois précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art.

44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

d. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

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

10. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a été victime d'un accident en date du 20 novembre 2013, ayant notamment entraîné une fracture de sa clavicule droite.

Il est également constant que le recourant a repris son activité professionnelle, à son taux habituel de 80%, dès mai 2014.

Dans sa décision litigieuse, l'intimée confirme mettre un terme à ses prestations avec effet au 31 mars 2015, date à laquelle elle a estimé que le statu quo sine avait été atteint, sauf en ce qui concerne la fracture de la clavicule, dont elle a cependant considéré l'état comme stabilisé. Elle retient que l'octroi d'une IPAI ne se justifie pas pour l'heure, vu l'absence d'arthrose existante ou prévisible.

Le recourant s'oppose à cette décision dans la mesure où elle lui nie le droit à une IPAI sur le plan somatique. Se fondant sur les conclusions de son médecin traitant, le Dr D_____, il soutient qu'une arthrose séquellaire de la fracture de sa clavicule est prévisible et justifie d'ores et déjà l'octroi d'une IPAI d'au moins 5%.

Ainsi, les parties s'entendent sur le fait que le traitement médical concernant la clavicule est terminé, mais s'opposent sur la question de la prévisibilité d'une atteinte arthrosique future.

Ce faisant, la chambre de céans observe que les parties débattent de la question de l'aggravation d'une atteinte à l'intégrité, dont l'existence même, au sens des art. 24 LAA et 36 al. 1 OLAA, n'est pas démontrée.

En effet, au vu des appréciations médicales versées à la procédure, force est de constater que le recourant ne présente objectivement pas, en l'état, de séquelles importantes et durables à son intégrité physique, dont il est à prévoir qu'elles subsisteront avec la même gravité pendant toute sa vie.

Au contraire, il est établi que l'état de la clavicule du recourant est stabilisé et que ce dernier a, du reste, pu reprendre son activité habituelle.

Les parties ne font pas valoir l'inverse, s'attachant uniquement à débattre de la survenance éventuelle d'une arthrose, dont il n'est pas non plus contesté qu'elle n'existe pas pour l'heure. Dans ses rapports des 4 février et 27 mai 2015, le Dr D_____ n'évoque que de potentielles séquelles arthrosiques. Ainsi, l'appréciation du Dr E_____, selon laquelle cette complication ne peut pas être prise en compte tant qu'elle n'est pas présente, n'apparaît pour le moins pas critiquable.

Comme l'a relevé à juste titre l'intimée, il est aussi bien envisageable qu'il n'y ait en définitive pas d'arthrose ou, au contraire, une arthrose plus importante que subodoré.

Dans ces circonstances, la chambre de céans ne peut que donner acte à l'intimée de son engagement à statuer en cas d'apparition de séquelles tardives liées à l'accident subi. Il convient de souligner que les craintes émises par le recourant au vu de la jurisprudence restrictive en cas de révision de l'IPAI n'ont pas lieu d'être puisque, précisément, il n'aura pas encore été accordé d'indemnité.

Eu égard à ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée n'a, en l'état, pas reconnu au recourant de droit à une IPAI, de sorte que sa décision du 31 août 2015 peut être confirmée.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de procéder à des investigations supplémentaires, soit notamment de faire droit à l'expertise sollicitée par le recourant. Le recours est rejeté.

Le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'a pas le droit à une indemnité pour ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Pour le reste, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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