

GE_GERICHTE A/2143/2015 vom 30. Januar 2017

GE Cour de justice, 2017-01-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2143_2015

FR: GE_GERICHTE A/2143/2015 du 30 janvier 2017

IT: GE_GERICHTE A/2143/2015 del 30 gennaio 2017

Erwägungen

E. 15

novembre 2013 consid. 5.2 et les références). Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;![endif]>![if> - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; ![endif]>![if> - la durée anormalement longue du traitement médical;![endif]>![if> - les douleurs physiques persistantes;![endif]>![if> - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;![endif]>![if> - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;![endif]>![if> - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. ![endif]>![if> 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 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb). b/bb. Dans la pratique, de simples collisions avec un véhicule à l'arrêt (devant un passage à piétons ou un feu rouge) sont classées, en règle générale, dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 471/06 du 5 novembre 2007 consid. 5.3 ; RAMA 2005 no U 549 p. 236, U 380/04, 2003 no U 489 p. 357, U 193/01). Ont notamment été jugés comme étant de gravité moyenne stricto sensu, les accidents de la circulation suivants : l'accident au cours duquel une assurée a été heurtée frontalement sur un passage piéton par un véhicule roulant à environ 40-50 km/h (arrêt du Tribunal fédéral 8C_546/2013 du 24 septembre 2013) ; l'accident subi par la conductrice d'une motocyclette renversée par un automobiliste qui lui avait soudainement coupé la route et qui avait été victime d'une fracture de la clavicule et de contusion du pied (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 119/06 du 23 mai 2007) ; le cas d'une assurée qui traversait à vélo, à une vitesse réduite, un passage sécurisé par des feux lorsqu'elle a été heurtée latéralement par un scooter qui n'avait pas respecté la signalisation lumineuse, roulait à vitesse modérée mais n'avait pas freiné, projetant la victime à une distance de plus de 9 mètres (arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2012 du 4 septembre 2013) ; un sinistre lors duquel un assuré, au volant de sa moto, remontait une colonne de voitures à l'arrêt lorsqu'il est entré en collision avec une automobile venant en sens inverse qui lui a coupé la priorité en obliquant à gauche pour rejoindre une autre artère (arrêt du Tribunal fédéral des

assurances U 183/00 du 29 janvier 2001) ; un accident se produisant sur une autoroute à une vitesse en dessous de 100 km/h, au cours duquel le conducteur avait dû brusquement se rabattre pour éviter un autre véhicule roulant en sens inverse, de sorte que la voiture avait dérapé et percuté la glissière de sécurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_182/2009 du 8 décembre 2009) ; récemment, notre Haute cour a classé dans la catégorie des accidents moyens, mais pas à la limite des cas graves, une collision frontale entre deux véhicules roulant à une vitesse modérée au moment de l'impact (arrêt du Tribunal fédéral 8C_961/2012 du 18 juillet 2013). Ont été considérés comme des accidents moyens à la limite des accidents graves la violente collision d'un poids-lourd avec la voiture d'un assuré, qui se trouvait à l'arrêt et a été entraînée en avant sur plusieurs dizaines de mètres (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 190/04 du 22 juin 2005 consid. 5.1), le cas d'un conducteur de scooter qui est précipité au sol lorsqu'il est percuté par une camionnette qui n'a pas freiné avant l'impact, le Tribunal fédéral ayant noté que l'assuré au guidon d'un scooter est très vulnérable en cas de collision frontale avec un véhicule de ce type (arrêt du Tribunal fédéral 8C_917/2010 du 28 septembre 2011 consid. 5.3) ; la violente collision de front d'une voiture par une voiture venant en sens inverse, entraînant plusieurs fractures chez la passagère (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 412/05 du 20 septembre 2006 consid. 5.2.1), l'accident entraînant l'éjection à grande vitesse de l'assurée d'une voiture qui fait plusieurs tonneaux sur la voie opposée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 502/06 du 23 avril 2007 consid. 3.2.2); la violente collision par la droite d'une voiture avec un vélo, lors de laquelle le cycliste et son vélo ont été projetés à 15 mètres, respectivement à 30 mètres, du point d'impact (ATAS/732/2015 du 29 septembre 2015) ou la collision d'une voiture avec un vélo, lors de laquelle la cycliste avait été projetée en l'air et était lourdement retombée sur la chaussée à 22 mètres du lieu de l'impact (ATAS/850/2015 du 11 novembre 2015).

8. a. L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler au sens de l'art. 6 LPGA à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1ère phrase, LPGA) Le degré de l'incapacité de travail doit être fixé en tenant compte de la diminution de la productivité de l'assuré dans la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de lui qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage; ATF 129 V 460 consid. 4.2, 114 V 281 consid. 1d). En revanche, l'estimation médico-théorique générale de l'incapacité de travail n'est pas déterminante (ATF 111 V 235 consid. 1b ; ATF 114 V 281 consid. 9).

9. 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). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 , consid. 4; ATF 115 V 133 , consid. 2). Pour apprécier

le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).! [endif]>![if> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b. 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/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur 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 (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee). Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2). Dans la mesure où ils sont requis par la SUVA, les avis médicaux de la Clinique de réadaptation de Bellikon ne constituent pas des expertises de spécialistes indépendants, de sorte que l'art. 44 LPGA n'est pas applicable (ATF 136 V 117 consid. 3.4). Il en va de même des avis médicaux de la Clinique romande de réadaptation. b/bb. En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). A noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

b/cc. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). 10. a. 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). La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). 11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). b. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). À

l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1). 12. En l'espèce, l'intimée s'est principalement fondée sur le rapport de la CRR du 18 novembre 2014 ainsi que sur l'appréciation du Dr I_____ du 27 novembre 2014 pour mettre au terme au versement des indemnités journalières. Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante des rapports en question. a. A titre liminaire, la chambre de céans constate que dans la mesure où il a été requis par l'intimée, le rapport de la CRR ne constitue pas une expertise de spécialistes indépendants au sens de l'art. 44 LPG (voir ATF 136 V 117 consid. 3.4 par analogie). Il en va de même de l'appréciation du Dr I_____, celui-ci devant être considéré comme un médecin interne à l'assurance. Cela étant, le fait qu'il ne s'agisse pas d'expertises stricto sensu n'ôte pas toute valeur probante auxdits rapports dès lors que ni l'origine, ni la désignation ne sont déterminantes mais leur contenu. Partant, il y a lieu d'examiner si lesdits rapports répondent aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. b. Si le rapport du 18 novembre 2014 de la CRR répond à certains réquisits jurisprudentiels, ses conclusions ne sauraient toutefois être suivies pour les motifs suivants. En premier lieu, le rapport en question ne contient aucune anamnèse. Il n'est ainsi pas possible de savoir dans quelle mesure les rédacteurs étaient au courant de la profession habituelle du recourant. Quelques éléments anamnestiques ressortent certes du rapport du 16 octobre 2014 des ateliers professionnels ainsi que du consilium psychiatrique du même jour mais ils n'ont pas été résumés dans le rapport du 18 novembre précité. On ne sait donc pas dans quelle mesure l'appréciation de la capacité de travail prend en considération la nature exacte de l'activité professionnelle exercée par le recourant, activité ayant été qualifiée de lourde par le Dr I_____. En deuxième lieu, les investigations auxquelles ont procédé les médecins de la CRR ne sont, à l'évidence, pas complètes. En effet, il ressort du rapport du 18 novembre 2014 que le recourant s'est plaint de douleurs aux deux genoux, antérieurement, surtout lors de la descente d'escaliers ou de pentes. Ces douleurs n'ont toutefois pas été investiguées. Or, par la suite, des radiographies, effectuées à la demande du Dr S_____ ont mis en évidence une chondropathie de grade II-III du versant interne et IV du versant externe, avec un os à nu. Dans la mesure où des atteintes au genou droit étaient déjà existantes lors du séjour et que le recourant en avait fait état, les médecins de la CRR auraient dû examiner cet aspect et se poser la question du lien de causalité, à tout le moins indirect, entre l'accident assuré et l'atteinte au genou droit et le cas échéant celle des effets de cette atteinte sur la capacité de travail du recourant. Il en va de même des zones sensibles (zone elliptique d'allodynie et d'hypoesthésie – consilium neurologique du 30 novembre 2014 ; léger ralentissement de la conduction nerveuse de certains nerfs sensitifs – rapport d'ENMG du 22 octobre 2014 ; tendon rotulien gauche douloureux – rapport de la CRR du 18 novembre 2014) et de la tuméfaction au niveau de la cheville gauche que les médecins de la CRR ont pourtant relevées sans toutefois en chercher l'étiologie. Le chaussage, dont l'examen a été demandé par le Dr I_____, n'a pas non plus été examiné. En troisième lieu, certaines appréciations et conclusions du rapport

général du 18 novembre 2014 ne correspondent pas aux constatations des spécialistes telles que résumées dans les rapports joints. Des contradictions existent ainsi en lien avec la cicatrice, laquelle n'était pas douloureuse selon le rapport de consultation orthopédique du 27 octobre 2014, alors que le rapport récapitulatif du 18 novembre 2014 évoque une cicatrice douloureuse lors de l'examen clinique. Il en va de mêmes des céphalées, dont le recourant ne se plaignait aucunement selon le rapport général du 18 novembre 2014 alors que selon le rapport des ateliers professionnels du 16 octobre 2014 ainsi que les rapports de consultation neuropsychologique du 28 octobre 2014, neurologique du 30 octobre 2010 et de la physiothérapie non daté, le recourant se plaignait de céphalées quotidiennes. D'autres contradictions peuvent également être relevées en lien avec la capacité de travail et l'étiologie des douleurs. Ainsi, les médecins de la CRR ont notamment considéré que les procès pénaux en cours pouvaient influencer l'état de santé du recourant. Or, lors du séjour à la CRR en octobre 2014, la procédure pénale ouverte suite à l'accident assuré était close depuis de nombreux mois, une ordonnance pénale ayant rendue le 13 février 2014 et étant depuis lors entrée en force. Il n'était dès lors pas possible de se référer à des procès pénaux en cours. Il en va de même de l'appréciation de la capacité de travail à proprement parler. En effet, le consultant orthopédiste avait considéré, dans son rapport de consultation orthopédique du 27 octobre 2014, que le recourant devrait pouvoir marcher mieux, boiter moins et recouvrer une tolérance à l'effort devant attendre au moins 80% de ce qu'il pouvait faire avant l'accident. Dans la mesure où l'activité professionnelle exercée par le recourant avant l'accident, était une activité lourde, impliquant un certain effort physique, une tolérance à l'effort d'au moins 80% correspond à une capacité de travail de 80% au moins. En d'autres termes, jusqu'à 20% d'effort ne sont plus tolérés par le recourant. Cela revient en réalité à retenir une incapacité de travail allant jusqu'à 20% dans la profession habituelle. Or, alors que le spécialiste en chirurgie orthopédique fait état d'une incapacité de travail pouvant aller jusqu'à 20%, les rédacteurs du rapport du 18 novembre 2014 retiennent, sans la moindre explication, l'exigibilité d'une reprise progressive de l'activité habituelle. Dans ce contexte, il est également surprenant que les médecins de la CRR n'aient retenu aucune limitation fonctionnelle alors que des zones douloureuses ou sensibles ont objectivement été constatées, que le recourant a fait état de douleurs et que sa profession habituelle est une profession qui a été qualifiée de lourde par le Dr I_____. Compte tenu des considérations qui précèdent, force est de constater que le rapport de la CRR du 18 novembre 2014 ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante de sorte que la SUVA ne pouvait se fonder sur lui pour retenir une pleine capacité de travail, l'état de santé du recourant n'étant pas suffisamment instruit. Reste à voir si l'appréciation du Dr I_____ pouvait pallier les défauts du rapport précité. c. Force est de constater que l'avis du médecin d'arrondissement précité ne contient aucune nouvelle conclusion médicale mais porte en réalité une appréciation sur celles déjà existantes et plus particulièrement sur les conclusions du rapport de la CRR du 18 novembre 2014. Or, comme on l'a vu précédemment, le rapport de la CRR précité ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante, étant notamment lacunaire et non motivé sur des points essentiels. En outre, le médecin d'arrondissement retient, sans fournir la moindre explication, une capacité de travail entière alors que les médecins de la CRR avaient évoqué la reprise progressive de l'activité professionnelle. Dans ces circonstances, il existe suffisamment d'éléments mettant également à mal la valeur probante de l'appréciation médicale du Dr I_____ du 27 novembre 2014. d. Quant aux rapports des médecins traitants du recourant, ils ne revêtent pas non plus de valeur probante dès lors qu'ils ne répondent pas aux réquisits jurisprudentiels, certains médecins tels que la Dresse

Q_____ ou le Dr S_____ ne se prononçant pas sur la capacité de travail et d'autres, tels que le Dr N_____ et la Dresse R_____ ne motivant pas leur position. e. Compte tenu des considérations qui précèdent, force est de constater que le dossier soumis à la chambre de céans a été instruit de manière à tout le moins lacunaire par l'intimée. En effet, comme cela a été relevé ci-dessus, de nombreuses contradictions, incohérences et lacunes ont été relevées s'agissant du rapport de la CRR et de l'appréciation du Dr I_____ y consécutive. Or, selon la jurisprudence fédérale, lorsqu'un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance et qu'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur, il appartient à ce dernier de requérir une instruction complémentaire. Tel n'ayant pas été le cas, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée pour que celle-ci mette en place une expertise pluridisciplinaire, orthopédique et neurologique, laquelle devra se prononcer de manière circonstanciée sur toutes les atteintes dont souffre le recourant. 13. Reste encore à déterminer si l'expertise que la SUVA devra mettre en place doit contenir un volet psychiatrique. Un tel volet est toutefois superflu lorsque le lien de causalité adéquate doit quoi qu'il en soit être rejeté.!

a. À titre liminaire, force est de constater que le cas du recourant doit être examiné en application des critères définis à l'ATF 115 V 133, en tenant compte des seuls troubles physiques consécutifs à l'accident assuré. En effet, le diagnostic de traumatisme cranio-cérébral subi par le recourant n'a pas été posé par les médecins. Les céphalées et les troubles de la mémoire semblent être apparus plusieurs mois après l'accident. Enfin, le trouble de l'adaptation, mentionné par les médecins de la CRR, ne fait pas partie du tableau clinique usuel en matière de traumatisme cranio-cérébral. b. Cela étant précisé, il y a désormais lieu de qualifier l'accident en question. Compte tenu du déroulement de l'événement en cause (choc à un carrefour avec un véhicule de police en intervention sur les voies du tram, roulant à une vitesse de 70 km/h) et au vu des précédents jurisprudentiels en la matière, l'accident du 27 décembre 2012 doit à l'évidence être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne stricto sensu, sans être à la limite des accidents graves (voir dans le même sens l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_80/2009 du 5 juin 2009 consid. 6.1, concernant un choc frontal entre deux véhicules, le premier roulant à une vitesse 70-80 km/h et le second à 30-40 km/h). c. L'accident devant être considéré comme étant de gravité moyenne stricto sensu, au moins trois des critères jurisprudentiels doivent être remplis, un seul étant toutefois suffisant s'il revêt une intensité particulière. c/aa. La survenue d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit toutefois pas en soi à conduire à l'admission de ce critère. Or, en l'espèce, objectivement considéré et au vu des précédents jurisprudentiels en la matière, l'événement du 27 décembre 2012 n'a pas eu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant (à titre de comparaison, ce critère a été reconnu en présence d'un accident de la circulation dans un tunnel impliquant un camion et une voiture avec plusieurs collisions contre le mur du tunnel [arrêt du Tribunal fédéral 8C_257/2008 du 4 septembre 2008, consid. 3.3.3], d'un carambolage de masse sur l'autoroute [arrêt du Tribunal fédéral 8C_623/2007 du 22 août 2008 consid. 8.1], ou encore dans le cas d'une conductrice dont la voiture s'était encastrée contre un arbre entraînant le décès de la mère de celle-ci, qui occupait le siège passager [arrêt du Tribunal fédéral U 18/07 du 7 février 2008]). c/bb. Concernant la gravité des lésions physiques et leurs conséquences, elles consistent essentiellement en trois fractures du tibia et la fracture de plusieurs côtes, ce qui ne constitue pas une lésion propre à entraîner des troubles psychiques selon l'expérience et au vu des précédents jurisprudentiels (voir arrêt du Tribunal fédéral

8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 6.2 pour des exemples). c/cc. Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). 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 (arrêts 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3, 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3, et U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 avec les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C_361/2007 consid. 5.3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239). Or, force est de constater, en l'espèce, que le traitement médical consistait, à l'exception de l'enclouage centromédullaire du tibia et péroné de la jambe gauche le 28 décembre 2012 et de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et greffe osseuse le 18 juillet 2013, en de la physiothérapie et la prise d'antalgiques (voir notamment courrier de la Dresse R_____ du 9 novembre 2015, produit par le recourant en annexe à son courrier du 18 novembre 2015), de sorte qu'il n'était objectivement pas continu et lourd. D'ailleurs, le recourant n'invoque pas ce critère. c/dd. Aucun élément du dossier ne permet de retenir que les médecins ayant suivi le recourant aient violé les règles de l'art médical et que, ce faisant, il y ait eu aggravation significative des séquelles de l'accident (voir dans ce sens arrêt du Tribunal fédéral 8C_887/2011 du 5 mars 2012 consid. 4.5). Le recourant ne le prétend d'ailleurs pas. c/ee. Quant aux douleurs physiques persistantes, elles étaient suffisamment importantes et crédibles pour que les médecins d'arrondissement et les médecins de la CRR reconnaissent une incapacité de travail à tout le moins jusqu'en novembre 2014, ce qui constitue d'ailleurs une durée assez longue. d. Force est donc de constater que, contrairement à la position de l'intimée, deux des critères énoncés par la jurisprudence (douleurs physiques persistantes et incapacité de travail de durée assez longue) sont remplis en l'espèce, sans toutefois revêtir une intensité particulière. Cela est cependant insuffisant pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 27 décembre 2012 et les éventuels troubles psychiques dont souffre le recourant. Dans la mesure où la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique ne permettrait pas de modifier l'appréciation de la chambre de céans quant à l'absence de lien de causalité adéquate, ce point étant une question de droit (et non de fait comme celle de l'existence d'un lien de causalité naturelle), il n'y a pas lieu de compléter l'expertise bidisciplinaire orthopédique et neurologique avec un volet psychiatrique. 14. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 21 mai 2015 sera annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.![endif]>![if> Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :