



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1711/2006

ATAS/423/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 27 avril 2007

En la cause

Monsieur A _____, domicilié chez Monsieur C _____, ,
F-74140 BALLAISON comparant par Me Maurizio LOCCIOLA,
en l'étude duquel il élit domicile

Recourant

contre

SWICA ASSURANCES SA, ayant son siège Römerstrasse 37,
8401 WINTERTHUR

Intimée

**Siégeant : Stéphane GRODECKI, Juge suppléant; Christine KÖPPEL et Olivier LEVY,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), de nationalité française, né le 5 novembre 1972, travaillait comme barman pour la société X_____ SA, dont le siège social est à Genève. A ce titre, il était assuré au titre de l'assurance-accidents obligatoire auprès de SWICA ASSURANCES SA (ci-après SWICA ou l'intimée).
2. En date du 4 novembre 2003, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation routière à Annemasse, qu'il a décrit de la manière suivante dans sa déclaration d'accident du 5 novembre 2003: "circulant derrière une voiture, soudainement elle oblique à gauche, me barrant brusquement la route! Je percute alors la voiture. Ne suis pas responsable".
3. Le 3 décembre 2003, le département de chirurgie de "établissement hospitalier" a posé le diagnostic suivant: fracture-luxation du coude gauche ouvert; genou gauche: instabilité du ligament latéral externe associée à une instabilité antérieure; fracture Weber B de la cheville gauche; instabilité multidirectionnelle de l'interphalangienne de D11 à gauche associée à de multiples plaies de la main gauche; status post ostéosynthèse de la jambe gauche en 1990.
4. En date du 5 mars 2004, le Dr A_____ médecin responsable du service de rééducation neurologique, orthopédique et rhumatologique de la clinique "établissement hospitalier" a été consulté ambulatoirement par l'assuré. Il a posé le diagnostic suivant: lombalgies probablement dans le cadre d'un déconditionnement musculaire lombaire abdominal, à la suite d'une immobilisation après l'accident du 4 novembre 2003; très discrète raideur séquellaire de l'épaule, du coude et du genou gauches; status après accident de moto le 4 novembre 2003 avec: fracture de la clavicule gauche, entorse sterno-claviculaire gauche, lésion cartilagineuse de la glène de l'épaule gauche, fracture luxation du coude gauche, rupture du tendon long extenseur du pouce gauche traitée chirurgicalement, fracture de la cheville gauche, lésion du ligament croisé antérieur du genou gauche, status après tendinopathie du muscle sus-épineux de l'épaule droite.
5. Le 7 mars 2004, l'assuré a subi un CT-SCAN de la colonne lombaire. Le Dr B_____ a constaté un signe de discopathie dégénérative modérée au niveau L4-L5.
6. Par décision du 2 avril 2004, la SWICA a réduit le droit de l'assuré aux indemnités journalières de 10%, motif pris de sa négligence grave, celui-ci ayant eu l'intention de dépasser la voiture qui l'a renversé par la gauche.
7. Dite décision n'a pas été contestée.

8. Dans un rapport médical intermédiaire du 5 avril 2004, le Dr C _____ a relevé une évolution de l'état de santé de l'assuré sur trois éléments: apparition d'une lombalgie en rapport avec les séquelles de l'accident, douleurs au niveau de la main gauche et de l'épaule gauche ainsi qu'une instabilité du genou. Il est en outre indiqué que l'assuré a repris le travail à 100% depuis le 4 novembre 2003. Son médecin traitant craint toutefois un dommage permanent de l'épaule, de la main et du genou gauches.
9. Le 12 juillet 2004, le Dr C _____ a derechef rempli un rapport médical intermédiaire. Il a constaté une évolution variable, avec douleurs lombaires, du genou gauche et de l'épaule gauche. Il indique que son patient est en arrêt de travail à 100% depuis le 4 novembre 2003 et qu'il craint des séquelles au niveau de l'épaule gauche, du genou et du rachis lombaire.
10. En date du 15 juillet 2004, le Dr D _____ a examiné l'assuré à la demande des ASSURANCES DU CREDIT MUTUEL. Dans un rapport motivé, il a conclu à une incapacité de travail totale temporaire, du 4 novembre 2003 au 21 juin 2004, à une date de consolidation au 15 juillet 2004 et à une incapacité permanente partielle, fondée sur le droit français, à 12%.
11. Il appert que l'assuré a continué de se plaindre de douleurs lombaires basses durant l'année 2004.
12. Le 16 mars 2005, le Dr E _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a, à la demande de SWICA, rendu un rapport médical motivé sur la situation de l'assuré. Se fondant sur le dossier médical et radiographique à disposition de l'assurance et sur un examen du 18 février 2005, il a conclu que les lésions de l'épaule gauche, du coude gauche, de la main gauche, du genou gauche et de la cheville gauche étaient uniquement dues à l'accident. En revanche, pour les lombalgies, l'atteinte n'est que partiellement due à l'accident. D'une part, il existait des lésions radiologiques préalables. D'autre part, les suites du traumatisme avec une longue hospitalisation et un sédentarisme de nécessité ont vraisemblablement éveillé et exacerbé une symptomatologie rachidienne qui était absente avant le traumatisme.

Pour les diagnostics de raideur articulaire du coude gauche, de raideur interphalangienne du pouce de la main gauche et de l'hyperlaxité antérieure résiduelle modérée du genou gauche, la situation est stabilisée, avec persistance de limitation fonctionnelle et risque d'évolution vers des modelés arthrosiques.

S'agissant de la cheville gauche, la récupération est optimale, sans séquelles

La capacité de travail de l'assuré est estimée à 100%.

En revanche, une atteinte à la santé de l'ordre de 5 à 15%, selon les tables de la SUVA, est constatée pour les ligaments croisés et latéraux. Pour les autres séquelles, elle n'est par contre pas relevante.

13. Le 1^{er} avril 2005, SWICA a demandé des précisions au Dr E_____ sur l'état maladif préexistant et le statu quo ante
14. En date du 13 avril 2005, le Dr E_____ a précisé que le statu quo ante avait été atteint fin décembre 2004. En particulier, la présence d'une symptomatologie vertébrale diffuse a été aggravée de manière passagère par l'accident, mais l'on peut considérer qu'après le 31 décembre 2004, le statu quo ante a été atteint. A la rigueur, une prescription de gymnastique vertébrale intensive pour 3 mois pourrait permettre de reconstituer dans les meilleures conditions une musculature adéquate.

En ce qui concerne le genou gauche une atteinte à l'intégrité de 10% est retenue.

15. Par décision du 13 mai 2005, SWICA a mis fin aux prestations à court terme (traitement médical et indemnité journalière) avec effet immédiat, sauf pour les frais résultant d'une gymnastique vertébrale intensive pour une durée de trois mois. Cette décision est motivée par le fait que le traitement médical est terminé et, s'agissant de l'état maladif préexistant, que le statu quo ante a été retrouvé.

Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10'680.-, fixée à 10% et calculée sur le montant maximum du gain annuel assurable au moment de l'accident, soit Fr. 106'800.- est en outre octroyée.

16. Le 30 mai 2005, l'assuré a formé opposition à la décision précitée au motif que le mal de dos n'avait aucun rapport avec un éventuel état maladif préexistant.
17. En date du 8 juin 2005, le Dr F_____, médecin traitant de l'assuré, a interpellé l'assurance. Il a rappelé que l'assuré présentait trois pathologies, à savoir des lombalgies chroniques, une épaule gauche douloureuse et un poignet gauche douloureux, qui devaient être reconnus et pris en charge à l'avenir.
18. Le 15 juin 2005, SWICA a soumis l'avis médical du Dr F_____ au Dr E_____.
19. Ce dernier a pris position dans les termes suivants en date du 7 juillet 2005:

"En ce qui concerne la stabilisation des différentes pathologies, celles-ci sont stabilisées actuellement dans la mesure où aucun traitement ne pourrait modifier le status actuel. Stabilisation ne signifie pas que, occasionnellement, le patient puisse avoir des rechutes, mais celles-ci seraient à évaluer de manière objective de cas en cas afin de se déterminer s'il s'agit d'une rechute ou d'un nouveau problème. En particulier au niveau de l'épaule gauche, celle-ci est discrètement douloureuse avec la présence d'un petit impingement syndrome antérieur qui ne gêne pas le patient à

ses dires. Il se peut que la symptomatologie de cette épaule se réveille, à ce moment là, une rechute est envisageable avec un traitement adéquat et efficace, mais il sera alors nécessaire d'évaluer s'il s'agit d'une rechute ou d'un nouveau problème, l'évolution à long terme de cette lésion de la face antérieure de la glène étant loin d'être connue s'agissant d'une lésion non radiologique mais d'une découverte à l'IRM. Le coude gauche présente une raideur minime avec déficit de 10° et 20° d'extension, les clichés de départ ne montrent pas de luxation du coude, mais une fracture olécraniennne à fort déplacement. Au niveau du poignet gauche aucune plainte, le status clinique est normal autant sur le plan de la mobilité que sur le plan de la force. Par contre au niveau de la main il existe une symptomatologie claire du pouce avec raideur interphalangienne fixée. En ce qui concerne les lombalgies chroniques et les problèmes de dorsalgies, je rappellerais que le patient présentait, avant son traumatisme, une colonne dorsale et lombaire présentant des signes dégénératifs (scoliose thoraco-lombaire avec modelé arthrosique, spina bifida, retrolisthésis L5-S1) qui ne peuvent être attribués à l'accident, même si ces découvertes radiologiques étaient asymptomatiques anamnésiquement. Les diverses constatations du Dr F _____ n'ont donc pas d'incidence sur mes conclusions, elles vont dans le sens de mes conclusions, et ne signifient pas que le traitement doit être abandonné, mais surtout qu'il n'est pas forcément à la charge de l'assurance s'occupant des suites de l'événement du 4 novembre 2003".

20. En date du 9 août 2005, SWICA a interpellé l'assuré. Elle lui a exposé l'avis complémentaire du Dr E _____ et sa conclusion sur le statu quo sine au 31 décembre 2004, ainsi que l'avis du Dr D _____, qui, le 15 juillet 2004, avait constaté un état consolidé dès le 15 juillet 2004. Elle lui demande ainsi de se déterminer sur le maintien de son opposition du 30 mai 2005.
21. Par courrier du 6 septembre 2005, l'assuré a déclaré maintenir son opposition.
22. Le 16 novembre 2005, le Dr F _____ a rempli un certificat médical à l'intention de l'assureur. L'épaule gauche, le coude, la cheville et le genou sont toujours problématiques. Les lombalgies relèvent en outre d'une douleur organique prouvée, dont l'assuré souffre depuis sa chute du 4 novembre 2003.
23. Le 5 décembre 2005, SWICA a soumis les nouveaux documents médicaux au Dr E _____.
24. Par courrier du 4 janvier 2006, le Dr E _____ a exposé que ces nouveaux documents n'avaient aucune influence sur ses conclusions.
25. Par décision du 13 février 2006, SWICA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 13 mai 2005.

Elle relève en particulier que les rapports médicaux du Dr E_____ remplissent toutes les conditions jurisprudentielles pour se voir accorder une pleine valeur probante. Partant, il n'existe aucun motif pour s'en écarter.

26. Le 12 mai 2006, l'assuré a saisi le Tribunal de céans d'un recours contre la décision sur opposition du 13 février 2006. Il conteste la position de la SWICA et du Dr E_____ sur la survenance du status quo ante/sine au 31 décembre 2004. Il entend pouvoir compléter son recours lorsqu'il aura pu consulter le dossier de la SWICA. Il conclut, sous suite de dépens, à l'audition du Dr F_____, au versement des indemnités journalières jusqu'au 31 décembre 2005 et à la prise en charge des traitements médicaux au-delà du mois de mai 2005.
27. En date du 31 août 2006, le recourant a complété ses écritures. Il conclut, sous suite de dépens, à l'audition du Dr F_____, à la mise sur pied d'une nouvelle expertise médicale, à l'annulation de la décision querellée, au versement des indemnités journalières au-delà du mois de mai 2005, à la prise en charge des traitements médicaux au-delà du mois de mai 2005 et au versement d'une rente invalidité de 50% avec effet au 1^{er} septembre 2005.

Ses problèmes de santé, en particulier au niveau du dos, l'ont empêché de travailler et atteignent sa capacité de travail. Le recourant se fonde sur l'avais du Dr F_____, notamment sur le certificat médical du 16 novembre 2005, précité.

A l'appui de son recours, il produit notamment un nouveau certificat médical du Dr F_____, du 25 juillet 2006 et une attestation de la société X_____ SA, du 10 juin 2005.

X_____ SA atteste que l'accident du 4 novembre 2003 a considérablement affecté les capacités du recourant et qu'elle a dû s'en séparer.

Le Dr F_____, mentionnant une expertise du Dr G_____ du 26 juin 2006, a exposé qu'il lui semblait logique que les douleurs lombalgiques dont souffrait son patient ait été exacerbée par l'accident, mais que cet argument avait été rejeté par l'expert. Les problèmes, en particulier ceux de l'épaule, dont souffrent le recourant peuvent en outre avoir une conséquence sur des activités physiques importantes. S'agissant d'une incapacité de travail, il expose qu'il est difficile pour son patient d'avoir la même activité physique qu'auparavant, mais que l'expertise du 26 juin 2006 minimise cet effet.

28. Le 9 octobre 2006, SWICA a conclu au rejet du recours, reprenant pour l'essentiel les arguments figurant dans sa décision sur opposition.
29. Le 18 décembre 2006, le juge délégué a requis du recourant la production du rapport médical du Dr G_____ du 25 juillet 2006 (rect: 26 juin 2006).

30. Dit rapport a été produit le 15 janvier 2007.

Le recourant a précisé qu'il était sujet à caution, car le Dr G _____ avait été mandaté unilatéralement par l'assurance du tiers de l'accident dont il avait été victime et qu'il avait été établi en application du droit français. Il a en revanche relevé que le rapport démontrait qu'il ne pouvait plus continuer à exercer une activité de barman à 100%, compte tenu de ses problèmes à l'épaule gauche.

31. Le rapport du Dr G _____ est motivé et se base sur le dossier médical du recourant et un examen approfondi.

Une incapacité de travail totale du 5 novembre 2003 au 21 juin 2004 est relevée, toutes les blessures ayant été consolidées dès le 22 juin 2004.

Une incapacité permanente partielle représentée par la raideur douloureuse de l'épaule gauche, la raideur du coude gauche, la raideur du pouce et de l'index gauches avec troubles de la sensibilité de la main, la raideur douloureuse de la cheville gauche, l'instabilité légère du genou gauche avec raideur en fin de flexion, les douleurs de l'épaule droite. Le taux de cette incapacité est fixé à 10%.

Sur le plan professionnel, la reprise de la profession de barman est possible, compte tenu de la gêne entraînée par les séquelles reconnues imputables. L'impossibilité actuelle de faire le métier de barman est due aux lombalgies, reconnues non imputables, car elles se sont révélées très tardivement.

32. Un délai au 7 février 2007 a été accordé aux parties afin de faire part de leurs déterminations sur ce rapport.

33. Le recourant n'a pas produit de détermination complémentaire à son courrier du 15 janvier 2007.

34. Par acte du 1^{er} février 2007, SWICA a persisté dans ses conclusions, relevant que le rapport du Dr G _____ retenait que l'activité de barman demeurerait possible.

35. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V, al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal de céans 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

Par ailleurs, si l'assuré est domicilié à l'étranger, le tribunal compétent est celui du canton de domicile de son dernier employeur en Suisse (art. 58, al. 2 LPGA). En l'espèce, le dernier employeur du recourant, qui réside en France, avait son siège social à Genève.

La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 décembre 2006, en dérogation à l'art. 60 LPGA).
3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 13 mai 2005.

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, l'assurance-accidents ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), 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. En revanche, il n'est pas nécessaire 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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 406 consid. 4.3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références). En revanche, le lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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 181 consid. 3.2; 405 consid. 2.2; 125 V 461 consid. 5a et les références; 115 V 405 consid. 4a).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, n° 141).

4. 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 ont besoin de documents que le médecin doit leur fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La tâche du médecin, précisée par la jurisprudence, 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). A cet égard, le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, *die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung* p. 297 et ss.; MORGER, *Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA*, in RSAS 32/1988 p. 332 et ss.).

5. Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le TFA a en outre précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves dans le domaine médical. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence

précitée a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition pour clarifier les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter de l'expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale.

Il convient encore de préciser que 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 présomption 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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères en ce qui concerne l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). Quant aux rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 125 V 352 consid. 3 b/cc et les références).

6. En l'espèce, il ressort du rapport du médical du Dr E_____ du 16 mars 2005, complété les 13 avril 2005 et 7 juillet 2005, qu'une capacité de travail à 100% est constatée, en tout les cas dès le 31 décembre 2004. Le statu quo ante/sine est également considéré comme atteint au 31 décembre 2004. Seul une atteinte à la santé, de l'ordre de 5 à 15% est relevée.

Le Tribunal de céans ne peut que constater que le rapport médical du Dr E_____ remplit toutes les conditions posées par la jurisprudence précitée pour se voir reconnaître une pleine valeur probante: il est motivé, il est fondé sur le dossier médical et sur un examen du patient et ne contient aucune contradiction.

Il a notamment étudié de manière approfondie le lien entre l'accident et les lombalgies.

Il faut d'ailleurs relever que les rapports médicaux des Dr D_____, du 15 juillet 2004, et Dr G_____, du 26 juin 2006 contiennent des conclusions similaires à celles du Dr E_____.

Ces deux rapports médicaux, qui peuvent se voir reconnaître une force probante au vu de leur contenu qui correspond aux conditions jurisprudentielles, relève l'existence d'un statu quo ante/sine dès l'été 2004, une atteinte à la santé de 10 ou 12% et une pleine capacité de travail, à l'exception des problèmes découlant des lombalgiques.

Le Dr G _____ partage l'avis du Dr E _____ selon lequel les lombalgies ne sont pas dans un rapport de causalité avec l'accident. Il faut d'ailleurs relever que le Dr B _____, en date du 7 mars 2004, avait immédiatement constaté un signe de discopathie dégénérative.

Le Tribunal de céans n'a aucun motif de mettre en doute ces avis médicaux concordants.

En effet, seul le Dr F _____, médecin traitant de l'assuré, a, dans un premier temps, soutenu une position inverse. Toutefois, dans son rapport médical du 25 juillet 2006, il semble admettre l'avis du Dr G _____.

Les avis divergents, antérieurs, du Dr F _____ ne sont pas aptes à mettre en doute les autres avis médicaux convergents qui figurent au dossier.

Premièrement, le Dr F _____ lui-même est moins catégorique dans son rapport médical du 25 juillet 2006.

Deuxièmement, ses rapports médicaux ne sont pas suffisamment motivés pour être aptes à remettre en cause les avis convergents des Dr E _____, D _____ et G _____.

Troisièmement, le Tribunal de céans doit, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral précitée, tenir compte du fait que le Dr H _____ est le médecin traitant du recourant et risque, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, de trancher en faveur de son patient.

7. La décision dont est recours, qui reconnaît une atteinte à la santé de 10% et qui a mis fins aux prestations dès le 13 mai 2005 est donc pleinement conforme aux avis médicaux susmentionnés. Les Dr E _____, D _____ et G _____ ont en effet tous constaté un status quo ante/sine bien antérieur au 13 mai 2005. Ils relèvent en outre les trois une pleine capacité de travail dans le métier de barman, mais une atteinte à la santé oscillant entre 5% et 12%, selon les avis.

SWICA a donc, à juste titre, suivi ces avis médicaux pour cesser de prester dès le 13 mai 2005 et pour admettre une atteinte à la santé de 10%.

8. Le recourant demande toutefois au Tribunal de céans d'ordonner une contre-expertise et d'auditionner le Dr F _____.

Le droit d'être entendu (art. 29, al. 2 Cst) comprend notamment le droit d'obtenir qu'il soit donné suite aux offres de preuves pertinentes (ATF 129 II 497, consid. 2.2 et les références citées). Le juge peut cependant refuser une mesure probatoire lorsqu'il considère qu'elle est inapte à apporter la preuve ou lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient l'amener à modifier son opinion (RDAF 2005 I 375, consid. 2.2; ATF 130 II 425, consid. 2.1). Il en va de même lorsque le fait à établir résulte déjà des constatations ressortant du dossier (RDAF 2005 I 397, consid. 4.d).

En l'occurrence, il ressort des différents avis médicaux figurant au dossier que le statu quo ante/sine a été atteint le 31 décembre 2004 au plus tard et qu'aucune incapacité de travail en causalité avec l'accident n'existait par la suite. Ces avis sont convaincants et ont, d'ailleurs, pratiquement été admis par le Dr F_____ dans son certificat médical du 25 juillet 2006. Dans ces circonstances, le Tribunal de céans considère que les pièces figurant au dossier lui ont permis de forger sa conviction et ne voit pas la nécessité de procéder à d'autres actes d'instruction. Il faut en particulier relever que le fait que le recourant ne partage pas les conclusions des experts, qui sont trois à s'être prononcé de manière concordante sur son cas, ne lui permet pas d'exiger la mise sur pied d'une expertise judiciaire qui soit favorable à son point de vue.

Les mesures d'instruction requises par le recourant seront donc rejetées.

9. Au vu de ce qui précède, la décision entreprise ne peut être que confirmée et le recours rejeté. La procédure étant gratuite, aucun émolument ne sera perçu (art. 61 let. a LPGA). SWICA, bien qu'obtenant entièrement gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61, let. g LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

A la forme :

1. Déclare recevable le recours interjeté le 12 mai 2006 contre la décision sur opposition du 13 février 2006.

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); 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.

Le greffier :

Stéphane GRODECKI

Pierre RIES

Juge suppléant

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le