

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 février 2012

Présidence de Mme PASCHE, juge unique
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

S._____, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me F._____,
avocat à [...],

et

SWICA ASSURANCES SA, à Lausanne, intimée.

Art. 4 et 6 LPGA; 6 al. 1 et 16 LAA

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après: l'assuré), né en 1972, ressortissant marocain, travaillait en qualité de responsable de bar au service de H._____ Sàrl. A ce titre, il était assuré auprès de Swica Assurances SA (ci-après: Swica ou la caisse) contre les accidents professionnels et non professionnels. Le 2 septembre 2009, l'employeur de l'assuré a adressé à Swica une déclaration de sinistre LAA, indiquant que le 30 août 2009, alors qu'il portait une caisse de bouteilles, l'assuré avait chuté après avoir manqué une marche. La partie du corps atteinte était l'épaule gauche. Il a présenté dès cette date une incapacité totale de travail. Swica a pris le cas en charge.

Une arthro-IRM de l'épaule gauche a été effectuée le 18 septembre 2009. Dans son rapport du 21 septembre suivant, la Dresse X._____, spécialiste en radiologie, a constaté une arthrose acromio-claviculaire ainsi qu'une discrète tendinopathie de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux, sans argument en faveur d'une déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs. Elle n'a pas observé de lésion de la glène.

Le 25 septembre 2009, l'employeur de l'assuré a écrit à la caisse que l'assuré avait reçu son congé pour le 30 septembre 2009, fin de la période d'essai.

Le 5 octobre 2009, Swica a informé l'employeur de l'assuré que l'indemnité journalière lui serait versée et qu'en cas d'incapacité de travail totale, il aurait droit à une indemnité journalière de 80% du gain assuré dès le troisième jour, soit 197 fr. 25.

Dans un rapport médical initial LAA du 19 octobre 2009, le Dr A._____, médecin assistant, a diagnostiqué une contusion à l'épaule gauche, une atteinte de la coiffe et une entorse de chopard droite.

Le 22 octobre 2009, l'assuré s'est vu prescrire 9 séances de physiothérapie. Il s'agissait d'améliorer les fonctions articulaire et musculaire et de procurer un traitement anti-inflammatoire.

Répondant le 5 février 2010 au questionnaire que lui a adressé Swica, le Dr B._____, médecin assistant, a rappelé que l'assuré avait chuté dans les escaliers en manquant une marche et que l'IRM pratiquée n'avait pas montré de lésions de la coiffe des rotateurs. En revanche, une tendinopathie d'insertion non distale du tendon sus-épineux était observée. Il n'y avait pas de lésion de la glène. Le port d'un gilet orthopédique était prévu. Le Dr B._____ retenait une incapacité totale de travail du 30 août 2009 au 25 janvier 2010 et préconisait pour le surplus une évaluation complémentaire par le Dr C._____.

Le 28 janvier 2010, le Dr C._____, médecin-chef au Centre thermal V._____, a écrit ce qui suit à la Dresse W._____, de la Policlinique de chirurgie de l'Hôpital O._____:

"Merci de m'avoir adressé pour avis le patient susnommé.

Il a présenté une contusion de son épaule gauche le 30 août 2009. Par la suite, le patient signale la persistance de douleurs et l'apparition progressive d'un enraidissement.

Une arthro-IRM a été réalisée. Cet examen montre une tendinopathie du sus-épineux, ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire.

Devant l'absence d'indication chirurgicale, vous me l'adressez pour avis et prise en charge.

Les douleurs sont présentes de jour comme de nuit, dès que le patient est un peu plus actif, la symptomatologie est plus marquée.

L'anamnèse systématique n'est guère contributive.

Au status, on est frappé par un schéma capsulaire avec une élévation antérieure possible à 110°, une abduction possible à 90°, une rotation externe possible à 35°, la distance P1-C7 est de 33 cm contre 14 cm de l'autre côté. Différents tests spécifiques intéressant la coiffe ne sont pas réalisables au vu de la limitation des amplitudes articulaires. Il existe une myogélose du trapèze et un syndrome de l'angulaire de l'omoplate. La mobilité cervicale est conservée.

Le status neurologique est dans les limites de la norme.

Je retiens le diagnostic d'une capsulite post-traumatique. Au vu des douleurs actuellement présentées, j'aurais proposé au patient un geste infiltratif intra-articulaire. Toutefois, il présente des lésions cutanées en lien avec la pose régulière de tape, raison pour laquelle nous avons différé le geste infiltratif, celui-ci sera réalisé une fois que le status cutané le permettra.

Sur le plan de la physiothérapie, celle-ci doit respecter de façon absolue la règle de l'indolence".

L'assuré a été convoqué pour un examen médical effectué le 18 février 2010 par le médecin conseil de la caisse, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 22 février suivant, il a indiqué que l'atteinte à la santé consistait exclusivement en une douleur empêchant la mobilisation active devant témoins. De plus, la mesure de la mobilité et de l'amplitude était très subjective car le patient se retenait et restait très théâtral en mobilisant son épaule. Le Dr N._____ estimait que l'activité professionnelle dans un bar était actuellement totalement impossible en raison des plaintes du patient. Toutefois, une occupation permettant l'usage uniquement du membre supérieur droit serait envisageable immédiatement sans perte de rendement. Il préconisait une nouvelle arthro-IRM en vue de déterminer l'existence d'une rétraction capsulaire traduisant une épaule gelée et de connaître l'évolution de la musculature. Elle devrait aussi permettre de mettre en évidence d'autres lésions éventuelles qui n'auraient pas été vues lors de la première arthro-IRM. Le Dr N._____ estimait qu'il y aurait également lieu d'effectuer une scintigraphie osseuse afin d'exclure ou de confirmer l'existence d'un syndrome algoneurodystrophique.

Le 26 mars 2010, le Dr C._____ a adressé la lettre suivante au Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant:

"Je partage les conclusions de l'expertise du Docteur N._____ avec un patient dont l'examen clinique est relativement difficile. La confirmation stricte d'une capsulite est difficile au vu de l'importance des douleurs déclenchées lors de la mobilisation de son épaule.

Un traitement de rééducation ainsi qu'un geste infiltratif ont été réalisés. Lorsque je le revois ce jour, globalement les douleurs perdurent, peu modifiées dans leur intensité. Par contre, la mobilité

de l'épaule est meilleure avec une élévation antérieure possible à 140°, une abduction possible à 110°, tout cela passivement, une rotation externe possible à 30°. La distance P1-C7 reste limitée à 33 cm. Lors du testing de la coiffe, il existe un lâchage lors du Jobe possiblement d'ordre antalgique. Des douleurs sont présentes à la palpation sous-acromiale.

Je partage la proposition du Docteur N._____, à savoir une arthro-IRM à la recherche de signes secondaires d'une capsulite qui pourrait être une atrophie musculaire ou un volume intra-articulaire fortement diminué.

Dans le cas d'absence de signes indirects, au vu d'une mobilité actuellement meilleure, je pense qu'il est possible de proposer au patient une reprise de son activité professionnelle avec un rendement de 25% mais un taux de présence de 50%.

Je ne manquerai pas de t'adresser une copie du rapport d'arthro-IRM.

[Salutations]"

Une arthro-IRM de l'épaule gauche a été effectuée le 8 avril 2010. Dans le rapport y relatif du même jour, le Dr I._____, spécialiste en radiologie, a relevé que cet examen était superposable à celui réalisé en septembre 2009. Il notait la présence d'une tendinopathie d'insertion du sus-épineux sur arthrose acromio-claviculaire importante, sans lésion transfixiante décelable. Ces données devaient toutefois être confirmées par un examen clinique.

Dans une lettre du 23 avril 2010 adressée au Dr L._____, le Dr C._____ s'est exprimé comme suit:

"J'ai revu le patient susnommé en date du 13 avril.

Je reste perplexe face à sa situation, en particulier par l'examen clinique où on relève une limitation importante en élévation antérieure et en abduction de l'ordre de 90° et 80° réciproquement alors que la rotation externe est à 30° ce qui est limité mais acceptable et surtout la distance P1-C7 de 24 cm à droite contre 29 à gauche. Habituellement dans les schémas capsulaires, c'est à la fois la rotation externe et les mouvements complexes qui sont les plus fortement limités, ceci étant objectivé par la mesure de la distance P1-C7.

Sur les conseils du Docteur N._____, une nouvelle arthro-IRM a été réalisée. Cet examen ne met pas en évidence d'élément hautement pathologique hormis une atteinte acromio-claviculaire. La taille de la cavité articulaire paraît correcte selon les radiologues. Il n'y a pas

d'amyotrophie significative chez un patient qui est sensé ne pas utiliser son épaule depuis de nombreux mois.

Sur le plan professionnel, une reprise du travail à 50% lui a été notifiée, le patient m'a averti que cela s'avérait impossible au vu des douleurs et de la gêne fonctionnelle.

Sur le plan pratique, on pourrait envisager une infiltration sous contrôle radiologique de sa zone acromio-claviculaire mais je ne sais si cela changerait de façon significative la situation actuelle.

J'adresse une copie de cette lettre au Docteur N._____. Je laisse le soin à ce dernier de juger de la capacité de travail du patient.

[Salutations]"

Selon certificat médical du 8 juin 2010, le Dr C._____ a attesté d'une reprise du travail à 100% le 1^{er} juin 2010.

Après avoir pris connaissance de la lettre du 23 avril 2010, le Dr N._____ a formulé à son propos les remarques suivantes dans une correspondance du 23 juin 2010 à Swica:

"[...]

Dans son rapport, le Dr L._____ mentionne qu'il n'y a aucune atrophie musculaire, bien que le patient n'utilise soit disant pas son membre supérieur.

Il mentionne également que la mobilité est déclarée diminuée, cependant pas dans le sens où on l'attendrait. Entre les lignes on peut imaginer qu'il suspecte que le patient aggrave un peu ses plaintes.

L'IRM montre des lésions identiques, c'est-à-dire non traumatiques, et surtout aucune capsulite rétractile. Du point de vue anatomique, il n'y a pas de lésion, et l'on peut craindre que le patient augmente sa symptomatologie de manière intentionnelle ou non.

[Salutations]"

Le 4 août 2010, le Dr C._____ a notamment répondu ce qui suit au questionnaire de Swica:

"[...]

3. Evolution du traitement et pronostic

L'évolution ces derniers mois est tout à fait favorable avec des gains en terme d'amplitude articulaire et une diminution significative des douleurs. Selon ses dires, le traitement de physiothérapie qui a

comporté une mobilisation à sec et en piscine a contribué à cette évolution favorable. Il n'y a donc pas d'indication à poursuivre un traitement quel qu'il soit.

4. Capacité de travail

4.1 [Appréciation de la capacité de travail de M. S. _____ dans son activité professionnelle de responsable dans un bar en considérant l'occupation exercée jusqu'à maintenant de 100%? Degré, durée et pronostics?]

La capacité de travail du patient dans son activité de responsable de bar est à nouveau acquise de façon complète. On peut s'attendre toutefois à des douleurs lorsqu'il est amené à porter des charges. Avec le temps, ces dernières devraient s'estomper.

4.2 [Dans quelles activités (p. ex. soulever/porter, position du corps/mobilité; etc.), indépendamment de l'activité professionnelle exercée avant l'accident, M. S. _____ est-il limité? Dans quelle étendue (temps, prestation) en considérant une occupation à plein temps?]

Cf. ci-dessus.

4.3 [Quelles activités (p. ex. soulever/porter; position du corps/mobilité; etc.), indépendamment de l'activité professionnelle exercée avant l'accident, sont-elles aujourd'hui raisonnablement exigibles de M. S. _____? Pour quelle durée de temps et avec quelle prestation (rendement), en considérant une occupation à plein temps?]

En cas de douleurs, toute activité qui évite de porter des charges, en particulier au-dessus du niveau des omoplates, est compatible avec l'état de santé de ce patient sans restriction."

Dans un certificat médical du 1^{er} septembre 2010, le Dr Q. _____, spécialiste en rhumatologie et nouveau médecin traitant, a attesté une incapacité totale de travail du 1^{er} juillet 2010 au 31 août 2010.

Le 3 septembre 2010, le Dr Q. _____ a répondu au questionnaire que lui a adressé Swica. Il a indiqué que dans son activité de gestionnaire dans la restauration chargé de la gestion du stock, l'assuré présentait une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} septembre 2010, celle-ci étant susceptible de s'améliorer. Il ajoutait que l'intéressé présentait toutefois d'importantes difficultés à l'utilisation du membre supérieur gauche principalement dans les mouvements répétitifs et le port de charges, telle que la manutention et la gestion du stock, ceci de façon continue dans la journée, avec une tendance à l'exacerbation au fur et à mesure du déroulement de l'activité. Le Dr Q. _____ observait un déficit dans les mouvements usuels utilisant le bras gauche, comme s'habiller, se laver et en général dans les activités de la vie quotidienne ainsi qu'une

exacerbation des douleurs. Toutes les activités impliquant le bras gauche étaient touchées, la présence de douleurs étant également constatée au repos, la nuit notamment.

L'assuré a une nouvelle fois été convoqué pour un examen auprès du Dr N._____, qui a eu lieu le 9 septembre 2010. Dans son rapport médical du même jour destiné à Swica, ce praticien a relevé que le travail de responsable de bar avait été repris à 50% au début du mois de septembre 2010, et qu'il pourrait être augmenté à 100% dès le 1^{er} octobre suivant. Le Dr N._____ a écrit que les plaintes de l'assuré étaient actuellement très limitées et qu'il se déclarait de surcroît content du traitement administré par le Dr Q._____. En effet, il n'y avait plus de douleurs diurnes ou nocturnes et aucune gêne n'apparaissait à l'effort. En outre, la mobilisation de l'épaule gauche était physiologique par rapport à l'épaule droite, la force musculaire étant cependant encore diminuée car le testing provoquait quelques douleurs. Le diagnostic posé était celui de séquelles d'une contusion de l'épaule avec suites difficiles, équivalant à une épaule gelée. Le port de charges devait être limité pendant une certaine période principalement pour déplacer des charges à bout de bras, ou pour les mouvements en-dessus de la ceinture scapulaire. Pour autant, l'assuré ne devrait pas être gêné dans le travail de tous les jours. Le Dr N._____ concluait son rapport en soulignant l'amélioration spectaculaire de la mobilité intervenue entre l'examen de ce jour et la consultation du 18 février 2010, ce qui devait selon lui aboutir à la clôture prochaine du cas.

Par décision du 15 septembre 2010, Swica a fait savoir à l'assuré qu'elle lui verserait une indemnité journalière de 50% du 24 août au 30 septembre 2010 et qu'elle mettrait un terme à ce versement dès le 1^{er} octobre suivant, attendu que le Dr N._____ confirmait une incapacité de travail partielle à 50% pour le mois de septembre 2010 et estimait qu'une reprise à plein temps était exigible dès le 1^{er} octobre 2010.

Selon une notice téléphonique établie le 23 septembre 2010 à la suite d'un entretien entre un collaborateur de la caisse et l'assuré, ce

dernier déclarait s'opposer au refus de Swica d'indemniser la période du 1^{er} juillet au 23 août 2010. Il expliquait que, selon les Drs Q. _____ et N. _____, son incapacité de travail ne faisait aucun doute. D'ailleurs, le Dr N. _____ confirmait une incapacité de travail de 50% jusqu'à la fin du mois de septembre 2010. L'assuré se demandait pour quel motif ce praticien aurait confirmé une telle incapacité si ce n'était pas vraiment le cas. Il ajoutait qu'il était en mauvais termes avec le Dr C. _____ - lequel avait attesté une reprise du travail au 1^{er} juin 2010. L'assuré faisait savoir qu'il avait tenté de reprendre le travail à cette date, mais s'était vite aperçu que cela n'était pas possible. Aussi, s'était-il décidé à consulter le Dr Q. _____, qui n'avait pu le recevoir qu'à la fin du mois d'août 2010. Il demandait ainsi que les indemnités journalières lui soient versées pour la période du 1^{er} juillet au 23 août 2010. Il ne contestait en revanche pas la reprise du travail à 100% prévue pour le 1^{er} octobre 2010. Il lui fut répondu que la situation allait être revue, dans la mesure où il y avait une divergence entre les deux médecins concernés, soit les Drs Q. _____ et N. _____.

Dans une télécopie du 11 octobre 2010 à Swica, l'assuré a expliqué que le 90% de son activité de gérant de bar consistait à porter des fûts et des caisses de boisson ce, à un rythme soutenu. S'y ajoutaient diverses tâches de contrôle et de rangement.

Le 11 octobre 2010, la caisse a adressé à l'assuré un décompte des indemnités journalières dues, dont il ressortait une incapacité de travail totale du 2 septembre 2009 au 31 mai 2010, puis de 50% du 24 août 2010 au 30 septembre 2010.

Le 11 octobre 2010, la caisse a adressé au Dr Q. _____ la lettre suivante:

"SWICA intervient en qualité d'assureur-accidents LAA dans le cadre de l'événement susmentionné.

Nous sollicitons votre collaboration suite à un différend entre M. S. _____ et SWICA au sujet de son incapacité de travail du 1^{er} juin au 30 septembre 2010.

L'incapacité de travail de M. S. _____ a été attestée comme suit:

Du 30.08.2009 au 25.01.2010 à 100% par l'Hôpital O. _____

Du 27.01.2010 au 28.02.2010 à 100% par le Dr C. _____

Du 01.03.2010 au 28.03.2010 à 100% par le Dr L. _____

Du 31.03.2010 au 31.05.2010 à 100% et 0% dès le 01.06.2010 par le Dr C. _____

Du 01.09.2010 au 30.09.2010 à 50% par vous-même (certificat du 31.08.2010)

Du 01.07.2010 au 31.08.2010 à 100% par le Dr B.Q. _____ (certificat du 01.09.2010)

Par lettre du 26 mars 2010 à l'attention du Dr L. _____, le Dr C. _____ a écrit qu'il est possible de proposer au patient une reprise de son activité professionnelle avec un rendement de 25%, mais avec un taux de présence de 50% et le 23 avril 2010, il a mentionné qu'une reprise de travail a été notifiée à l'assuré. Toutefois, le patient l'a averti que cela s'avérait impossible au vu des douleurs et de la gêne fonctionnelle. Il a adressé une copie de son écrit au Dr N. _____ en lui laissant le soin de juger de la capacité de travail du patient, cependant le Dr N. _____ ne s'est pas prononcé à ce sujet. Puis, dans son écrit du 4 août 2010 à notre attention, il a écrit que la capacité de travail du patient dans son activité de responsable de bar est à nouveau acquise de façon complète.

Aussi, le Dr C. _____ a attesté une capacité de travail de 100% à partir du 1^{er} juin 2010. M. S. _____ nous a fait part qu'il a repris le travail durant deux semaines et qu'en raison des douleurs, il n'avait pas pu continuer son activité. Nous avons actuellement en notre possession uniquement un certificat médical daté du 1^{er} septembre qui atteste rétroactivement une incapacité de travail de 100% du 1^{er} juillet au 31 août 2010, ce certificat étant signé par le Dr B.Q. _____. Après renseignement pris auprès de votre cabinet, il nous a été affirmé que le patient vous a consulté en date du 24 août 2010 pour la première fois et n'a jamais été vu par le Dr B.Q. _____. Sur la base de ces éléments, nous avons versé les indemnités journalières à 100% du 2 septembre 2009 au 31 mai 2010 et à 50% du 24 août au 30 septembre 2010. M. S. _____ n'est pas d'accord avec notre prise de position et souhaite que nous lui versions les indemnités journalières du 1^{er} juin au 30 septembre 2010 à 100%. A cet effet, nous vous prions de répondre aux questions suivantes:

1. Justification médicale de l'incapacité de travail attestée à 100% par le Dr B.Q. _____ pour les mois de juillet et août 2010 (v. certificat médical du 1^{er} septembre 2010)?
2. Si on admet une erreur de tampon sur le certificat médical cité au point 1, justification médicale de l'incapacité de travail attestée à 100% pour les mois de juillet et août 2010 alors que M. S. _____ vous a consulté pour la première fois le 24 août 2010?

3. Est-ce que l'incapacité de travail est médicalement justifiée à partir du mois de juin 2010? Dans l'affirmative, pour quelles raisons?
4. Remarques?"

Le 12 octobre 2010, le Dr Q. _____ a répondu à cette lettre en ces termes:

"Pour faire suite à votre demande de renseignements concernant la capacité de travail du patient susnommé, j'ai attribué le 24.08.2010 une incapacité de travail à 100% rétrograde depuis le 01.07.2010 jusqu'au 31.08.2010 dans son activité de manutention en tant que gérant de restaurant.

Le 31.08.2010 une incapacité de travail à 50% du 01.09.2010 au 30.09.2010, puis une reprise à 100% dès le 01.10.2010.

Cette incapacité est basée sur l'examen du 24.08.2010 et sur les renseignements anamnestiques.

Effectivement, Madame B. Q. _____ n'a jamais vu ce patient et nous nous sommes trompé de tampon, il s'agissait du tampon du Dr Q. _____.

[Salutations]"

Le 11 octobre 2010, Swica a adressé au Dr L. _____ la même lettre, à quelques nuances près, que celle envoyée au Dr Q. _____. Lors d'un entretien téléphonique du 15 octobre 2010 avec une collaboratrice de la caisse, le Dr L. _____ a indiqué qu'il n'avait jamais attesté d'incapacité de travail en faveur de l'assuré à partir du 1^{er} juin. Il s'est montré catégorique et a ajouté que l'assuré pouvait travailler en juin, juillet et août [2010]. Le Dr L. _____ a confirmé ses déclarations au bas de la lettre du 11 octobre 2010, en écrivant avoir vu le patient le 1^{er} juin 2010 pour un autre problème, sans qu'il ne soit question d'un arrêt de travail. Il suggérait de s'adresser pour le surplus aux médecins ayant examiné l'assuré.

Par courriel du 14 octobre 2010, l'assuré a formé opposition contre la décision de Swica du 15 septembre 2010. Au vu des certificats médicaux versés au dossier, il estimait devoir être indemnisé en plein pour les mois de juin, juillet et août 2010.

Par décision sur opposition du 29 octobre 2010, Swica a rejeté l'opposition, confirmant ainsi sa décision initiale. Swica y rappelait que le litige portait sur le versement des indemnités journalières à 100% du 1^{er} juin au 31 août 2010, et que sans justification médicale durant les mois de juin, juillet et du 1^{er} au 23 août 2010, elle n'avait pas à indemniser l'assuré à 100% durant cette période.

B. Agissant par l'intermédiaire de Me F._____, S._____ a recouru contre cette décision par acte du 6 décembre 2010. Sous suite de frais et dépens, il conclut à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une indemnité journalière de 100% pour la période du 1^{er} juin au 23 août 2010 et à une indemnité journalière de 50% pour la période du 24 août au 31 août 2010. En substance, le recourant explique que la profession de gérant de bar consiste à transporter quotidiennement de nombreuses charges, tels que des fûts ou des caisses de boissons pesant plusieurs dizaines de kilos. Chargé en outre du contrôle des stocks, le recourant était en permanence amené à manipuler de lourds objets. A l'appui de ses allégations, le recourant produit un onglet de pièces sous bordereau, dont un jeu de photographies des charges qu'il était amené à manipuler dans le cadre de son activité de gérant de bar ainsi qu'une attestation de son employeur, K._____, datée du 13 décembre 2010, confirmant le caractère physiquement exigeant de la profession exercée. Dans un deuxième moyen, le recourant rappelle avoir consulté le Dr Q._____ pour la première fois le 24 août 2010. En rapprochant les signatures apposées au bas des certificats médicaux des 31 août et 1^{er} septembre 2010, il en infère qu'ils émanent tous deux du Dr Q._____ lui-même, lequel a conclu, par certificat médical du 31 août 2010, à une incapacité de travail de 50% pour le mois de septembre 2010 et à une incapacité de 100% pour la période du 1^{er} juillet au 31 août 2010 (certificat du 1^{er} septembre 2010). De son côté, le Dr N._____ a également attesté une capacité de travail de 50% pour le mois de septembre 2010 (avis médical du 9 septembre 2010). Dès lors que tant le Dr Q._____ que le Dr N._____ concluent à la présence d'une incapacité de travail de 50% jusqu'au 30 septembre 2010, le recourant estime qu'il n'y a pas de raison

de remettre en cause l'avis médical du Dr Q._____ lui reconnaissant une incapacité de travail totale pour la période du 1^{er} juillet au 31 août 2010. De ce qui précède, le recourant déduit qu'il n'y a pas non plus de raison de douter qu'il présentait une incapacité totale de travail pendant le mois de juin 2010.

Dans sa réponse au recours du 19 janvier 2011, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle est d'avis qu'en l'absence de justification médicale durant les mois de juin, juillet et du 1^{er} au 23 août 2010, il n'y a pas lieu d'indemniser le recourant à 100% durant cette période, seule étant justifiée médicalement une indemnisation à 50% du 24 août au 30 septembre 2010.

Par réplique du 16 mars 2011, le recourant a modifié ses conclusions précédentes en ce qu'il demande désormais la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'il a droit à une indemnité journalière de 100% pour la période du 1^{er} juin au 31 août 2010. Le recourant s'étonne que l'intimée se soit fondée sur les seules déclarations orales du Dr L._____ pour écarter les conclusions écrites du Dr Q._____. Contrairement au Dr L._____, qui n'est pas spécialiste en rhumatologie et qui ne l'a ausculté pour la dernière fois en relation avec l'accident que le 26 mars 2010, le Dr Q._____, dont le traitement a été approuvé par le Dr N._____, s'est prononcé en parfaite connaissance de cause, puisqu'il a été rendu attentif au type de travail qu'il effectuait. Sur cette base, le recourant soutient qu'il se trouvait en pleine incapacité de travail pour la période du 1^{er} juillet au 31 août 2010, ce d'autant plus que le Dr Q._____ s'est déterminé le 12 octobre 2010 sur ce point. Cela étant, le recourant reconnaît que son incapacité de travail n'a pas été dûment attestée pour le mois de juin 2010. Il relève qu'il ne saurait toutefois être tenu pour responsable du laps de temps qui s'est écoulé avant d'obtenir un rendez-vous auprès du Dr N._____ le 9 septembre 2010. Etant un nouveau patient, il en est allé de même avec le Dr Q._____, la première consultation ayant eu lieu le 24 août 2010. Le recourant souligne ensuite que seul le Dr C._____ a conclu à la reprise de l'activité professionnelle à 100% dès le 1^{er} juin 2010. Or, ce médecin a continué de lui prescrire de

puissants anti-douleurs et a même précisé qu'en cas de douleurs, toute activité évitant le port de charges était compatible avec son état de santé. Le recourant en déduit a contrario que les activités impliquant le port de charges lourdes ne sont pas compatibles avec son état de santé, ce qui est précisément le cas de son activité professionnelle où il était amené à manipuler de lourds objets. Ainsi, nonobstant l'avis du Dr C._____, le recourant fait valoir qu'il y a lieu d'admettre qu'il était également en pleine incapacité de travail pour la période du 1^{er} juin au 31 [sic] juin 2010. Il précise enfin que sa tentative de reprise du travail pendant l'été 2010 n'a pas duré deux semaines, mais uniquement une demi-soirée, en raison des douleurs persistantes à l'épaule. Il a à nouveau produit un onglet de pièces sous bordereau.

Par décision du 25 mars 2011, le juge instructeur a accordé à S._____ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 3 novembre 2010 (décision AJ11.011870).

Dupliquant le 27 avril 2011, l'intimée a maintenu les conclusions de sa réponse. En premier lieu, elle rappelle que l'incapacité de travail du mois de juin 2010 n'est attestée par aucune pièce médicale. Par ailleurs, s'il n'est pas inhabituel qu'à la reprise de l'activité professionnelle, quelques douleurs surviennent, toute activité qui évite de porter des charges, en particulier au-dessus du niveau des omoplates, est compatible avec l'état de santé du recourant. Il était donc apte à porter des caisses et des fûts à bout de bras. De son côté, le Dr Q._____ a confirmé un déficit dans les mouvements usuels utilisant le bras gauche et a également signalé une présence de douleurs au repos, la nuit en particulier. Cela étant, la caisse intimée considère que le Dr Q._____ n'a fourni aucune justification médicale à l'incapacité de travail rétroactive qu'il a reconnue au recourant. Cette appréciation se fonde uniquement sur les dires du recourant. En réponse à des arguments du recourant développés en réplique, l'intimée précise que les certificats médicaux des 26 mars 2010 et 8 juin 2010 font suite à des incapacités de travail certifiées périodiquement, ce dernier établissant l'incapacité pour le mois de mai et la reprise à 100% au 1^{er} juin. Aucune capacité de travail n'a été

attestée avant ces documents. En revanche, le certificat du 1^{er} septembre 2010 a été établi avec un effet rétroactif de deux mois, alors que depuis trois mois, le recourant était médicalement apte à travailler à 100%. Enfin, l'intimée relève qu'il est faux de prétendre qu'elle a refusé de tenir compte du certificat rétroactif du Dr Q._____ à la suite de l'intervention du Dr L._____, puisqu'elle a notifié sa décision le 15 septembre 2010, soit bien avant qu'elle ne s'entretienne avec ce dernier.

Le 11 novembre 2011, le recourant a produit un certificat médical daté du 29 avril 2011 établi par le Dr G._____, qui retient une incapacité de travail totale du 30 août 2009 au 3 octobre 2010. Il a également produit un rapport consécutif à une IRM de l'épaule gauche du 9 mars 2011 et un rapport faisant suite à une IRM de l'épaule droite réalisée le 16 mars 2011.

Se déterminant le 1^{er} décembre 2011, l'intimée a constaté que le Dr G._____ avait été consulté postérieurement aux écritures du recourant. S'agissant du certificat médical rétroactif du Dr G._____, elle se réfère aux remarques figurant dans sa réponse et dans sa duplique à propos du certificat rétroactif du Dr Q._____.

Le 2 décembre 2011, le recourant a produit de nouvelles pièces médicales. Outre deux DVD contenant diverses radiographies ainsi que l'IRM de l'épaule gauche du 9 mars 2011, figure l'attestation du Dr N._____ du 14 février 2011, déjà produite par le recourant à l'appui de sa réplique ainsi qu'une copie d'un courrier du 22 juillet 2011 adressé par l'intimée au Dr G._____. Répondant aux questions de l'intimée, le Dr G._____ s'est contenté d'indiquer manuscritement en regard des questions posées que le recourant souffrait d'une déchirure complexe de la coiffe des rotateurs et que sa capacité de travail était entière dans son activité de responsable de bar. Il ne devait toutefois pas "soulever une caisse de bière des deux mains", car cela "déclenche une douleur dans l'épaule". Le Dr G._____ n'a ni signé, ni daté son envoi.

C. Le 14 février 2012, le conseil d'office du recourant a produit la liste des opérations effectuées dans le cadre de la présente cause, avec le temps consacré à chacune d'elles.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent contre une décision sur opposition, est donc recevable.

Pour la période concernée, soit celle du 1^{er} juin au 31 août 2010, le montant total dû au titre de l'indemnité journalière ne saurait à l'évidence dépasser 30'000 fr. Vu la valeur litigieuse, le juge unique de la Cour des assurances sociales est compétent pour statuer sur le recours (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 c. 2c p. 417; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte, selon la décision dont est recours et les conclusions du recourant, sur le point de savoir si ce dernier peut prétendre, de la part de l'intimée Swica Assurances SA, à des indemnités journalières LAA à 100% pour la période du 1^{er} juin au 31 août 2010.

3. a) Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Selon la jurisprudence, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré (cf. art. 6 al. 1 LAA) suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle ainsi qu'un lien de causalité adéquate (ATF 129 V 402 c. 4.3.1 et 4.4.1). La causalité naturelle est donnée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière; 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 (ATF 129 V 177 c. 3.1 p. 181, 402 c. 4.3.1; 119 V 335 c. 1; 118 V 286 c. 1b et les références; TF 8C_535/2008 du 2 février 2009 c. 2.2). Quant à l'existence d'un rapport de causalité adéquate — qui est une question de droit et doit en conséquence être tranchée par l'administration ou le juge, et non par les experts médicaux (ATF 107 V 173 c. 4b; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 c. 3.2) — il y a lieu de l'admettre 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 c. 3.2, 402 c. 2.2; 125 V 456 c. 5a et les références; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 c. 2.3).

b) En vertu de l'art. 16 LAA, l'assuré a droit à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident (al. 1); le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail (al. 2). Selon l'art. 6 LPGA, 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 sa santé physique, mentale ou psychique; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

c) Pour déterminer si et dans quelle mesure une personne est incapable de travailler (cf. consid. 3b supra), l'administration — en cas de recours, le tribunal — se base sur des documents médicaux, la tâche du médecin consistant à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1). A cet égard, l'assureur social — et le juge des assurances sociales en cas de recours — 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme

expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 c. 3a et les références citées; 134 V 231 c. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3b/bb et cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 c. 3.2; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 c. 4; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 c. 2.2; TF I 514/06 du 25 mai 2007 c. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 c. 2.2; TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 c. 4; TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 c. 3).

4. En l'occurrence, le recourant soutient que pour la période litigieuse, soit du 1^{er} juin 2010 au 31 août 2010 (cf. supra consid. 2b), il présente une incapacité totale de travail dans son activité habituelle de responsable de bar si bien que le droit à des indemnités journalières de la part de la caisse intimée est ouvert. De son côté en revanche, Swica est d'avis que la capacité de travail du recourant est complète dans cette activité, seule une incapacité de travail de 50% étant médicalement justifiée du 24 août 2010 au 30 septembre 2010.

Dans sa correspondance du 26 mars 2010 au Dr L._____, le Dr C._____ observe une meilleure mobilité de l'épaule de sorte qu'il envisage la reprise de l'activité professionnelle au taux de 50%, tout en reconnaissant une diminution de rendement de 25%. Une reprise du travail à 50% a ainsi été notifiée au recourant, lequel a ensuite averti le Dr C._____ qu'une telle reprise serait impossible au vu des douleurs et de la gêne fonctionnelle ressenties. Le 23 avril 2010, le Dr C._____ a fait savoir qu'il laissait le soin au Dr N._____ de se prononcer sur la capacité de travail résiduelle du recourant. Dans ses observations du 23 juin 2010, celui-ci n'a toutefois donné aucune indication à ce sujet, le Dr C._____ ayant dans l'intervalle (certificat médical du 8 juin 2010) proposé la reprise du travail à 100% dès le 1^{er} juin 2010.

Le recourant a repris son travail de gérant de bar à 100% le 1^{er} juin 2010. A ce stade, il s'avère toutefois difficile de savoir avec précision de quelle manière s'est déroulée cette reprise. Ainsi que le relève la caisse intimée dans sa réponse au recours, le recourant a annoncé le 16 juin 2010 n'avoir travaillé que deux jours en juin. Or le 3 août 2010, il a expliqué que sa reprise de travail avait duré deux semaines et qu'ensuite, il serait retourné chez le médecin pour faire attester son incapacité de travail. Ensuite, lors de l'entretien téléphonique du 13 septembre 2010, il a expliqué qu'après avoir repris une activité en tant que gérant de bar, il ne pouvait plus bouger le bras après 8 heures de travail. Il aurait alors attendu quelques jours et aurait consulté un médecin.

Quoi qu'il en soit, le Dr C._____ constate le 4 août 2010 que l'évolution est tout à fait favorable au cours des derniers mois avec des gains en terme d'amplitude articulaire et une diminution significative des douleurs. Selon les dires du patient, le traitement de physiothérapie qui a comporté une mobilisation à sec et en piscine a contribué à cette évolution favorable. Il n'y avait donc pas d'indication à poursuivre un traitement quel qu'il fût. Ainsi, de l'avis du Dr C._____, la capacité de travail du recourant dans son activité de responsable de bar est à nouveau acquise de façon complète, même si des douleurs ne sont pas exclues en cas de port de charges. Elles devraient néanmoins s'estomper avec le

temps. Le Dr C._____ considère que toute activité qui évite le port de charges au-dessus du niveau des omoplates en cas de douleurs est compatible sans restriction avec l'état de santé du patient. Pour sa part, le Dr N._____ qualifie le 9 septembre 2010 l'amélioration de la mobilité entre les deux examens - soit entre le 18 février 2010 et le 9 septembre suivant - de spectaculaire. A ses yeux, même si le port de charges devrait être quelque peu limité pendant une certaine période, principalement pour déplacer des charges à bout de bras ou pour effectuer des mouvements au-dessus de la ceinture scapulaire, il n'en demeure pas moins que le recourant ne devrait pas être entravé dans l'exercice de son travail quotidien.

Cela étant, le recourant a consulté pour la première fois le 24 août 2010 le Dr Q._____. Par certificat médical du 1^{er} septembre 2010, ce médecin a reconnu au recourant une incapacité de travail totale du 1^{er} juillet au 31 août 2010 qu'il a justifiée à la demande de la caisse intimée en ces termes: "j'ai attribué le 24.08.2010 une incapacité de travail à 100% rétrograde depuis le 01.07.2010 jusqu'au 31.08.2010 dans son activité de manutention de gérant de restaurant. [...] Cette incapacité est basée sur l'examen du 24.08.2010 et sur les renseignements anamnestiques [...]". Il a réitéré cette même évaluation les 14 février 2011 et 15 mars 2011, sans autres explications (pièces n^{os} 15 et 16 produites par le recourant).

Outre que cette appréciation s'appuie sur les déclarations du recourant au Dr Q._____ et sur les pièces qui lui ont été communiquées, ce praticien n'explique pas en quoi ses constatations médicales le conduisent à reconnaître une incapacité de travail totale du 1^{er} juillet au 31 août 2010. Cette appréciation n'est confirmée que par une seule pièce au dossier, savoir le certificat médical établi le 29 avril 2011 par le Dr G._____ et produit par le recourant le 11 novembre 2011. Or, le Dr G._____ ne fournit pas non plus d'explication permettant de justifier le taux d'incapacité de travail pour la période du 30 août 2009 au 3 octobre 2010. Faute d'éléments circonstanciés fondant ces conclusions, ces certificats sont privés de valeur probante au sens de la jurisprudence

résumée ci-avant (cf. consid. 3c supra). De surcroît, invité à fournir toute justification médicale à propos d'une éventuelle incapacité de travail du recourant dès le 1^{er} juin 2010, le Dr L. _____ a certes confirmé avoir vu le recourant à sa consultation du 1^{er} juin 2010 pour un problème médical qu'il n'a pas précisé, sans toutefois qu'il ne soit question à cette occasion d'un arrêt de travail. Au reste, le recourant admet lui-même que son incapacité de travail n'a pas été dûment attestée pour le mois de juin 2010. Il en va d'ailleurs de même pour les mois de juillet et d'août 2010.

Le 11 novembre 2011, le recourant a produit deux rapports médicaux établis à la suite d'IRM pratiquées sur l'épaule gauche et sur l'épaule droite au cours du mois de mars 2011. Outre le fait que ces rapports médicaux sont postérieurs à la décision dont est recours, ceux-ci ne démontrent que des lésions essentiellement dégénératives. Ils ne sauraient donc infirmer les constatations opérées par les médecins ayant examiné le recourant, si bien que ces deux rapports ne lui sont d'aucun secours. Ces remarques valent également pour les pièces produites par le recourant le 2 décembre 2011.

Par voie de conséquence, dans la mesure où l'incapacité de travail pour la période en question ne fait l'objet que d'attestations médicales rétroactives insuffisamment motivées, la caisse intimée était en droit de considérer l'incapacité de travail comme insuffisamment établie au regard de la vraisemblance prépondérante. C'est donc à juste titre qu'elle a dénié le droit du recourant à des indemnités journalières à 100% durant les mois de juin, juillet et du 1^{er} au 23 août 2010.

5. Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves (ATF 131 I 153 c. 3 p. 157; 130 I 425 c. 2.1 p. 428; voir aussi par exemple TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 c. 3.2 et 8C_15/2009 du 11 janvier 2010

c. 3.2) ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 c. 3c; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 c. 3 et les références).

En l'occurrence, les pièces du dossier se révèlent suffisantes pour statuer en pleine connaissance de cause, sans que l'administration d'autres preuves ne s'impose. Il n'y a dès lors pas lieu de procéder à l'audition de l'employeur du recourant, K._____, comme paraît le requérir celui-ci à l'appui de son recours.

En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

6. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. L'intimée, au demeurant non assistée, obtenant gain de cause comme autorité chargée de tâches de droit public ne peut se voir allouer des dépens à la charge du recourant.

Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à rembourser dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

En l'occurrence, Me F._____ a chiffré à 21 heures 40 le temps consacré à ce dossier pour la période du 3 novembre 2010 au 2 décembre 2011, arrêtant ses frais et débours à 283 fr., TVA non comprise. La liste des opérations produite par Me F._____ a été contrôlée au regard de la procédure – respectivement réduite sur certains postes. De manière générale, la quotité des opérations énumérées ainsi que le temps consacré à leur réalisation paraissent en effet trop importants eu égard à

la complexité de la cause. Ainsi, il y a lieu de réduire à 5 minutes au lieu des 10 annoncées par l'avocat la durée consacrée à la rédaction de lettres, soit au total 2 heures 15. La rédaction et la constitution des bordereaux de pièces s'élèvent à 55 minutes, auxquelles s'ajoutent 5 minutes pour l'ouverture du dossier. Il ne se justifie en outre pas de compter 5 minutes pour les réceptions de correspondances, télécopies ou courriels, ce qui ôte 2 heures 35 du total. Il convient par ailleurs de réduire le temps consacré à la réplique. Plus brève que le recours, il se justifie de retenir une durée globale de 2 heures, comprenant l'étude du dossier et la rédaction proprement dite. Quant au recours, une durée globale de 4 heures - qui comprend l'étude du dossier - paraît appropriée. S'agissant enfin des conversations téléphoniques et des entretiens entre Me F. _____ et le recourant, il n'y a pas lieu de réduire les durées annoncées, ce qui représente un total de 4 heures 05 (soit 1 heure 50 pour les conversations téléphoniques et 2 heures 15 pour les conférences avec le recourant). Le temps total consacré par Me F. _____ à la présente procédure doit ainsi être arrêté à 13 heures 20, soit 6 heures 30 en 2010 et 6 heures 50 en 2011. C'est ainsi un montant de 1'170 fr. (6.5 h. x [tarif horaire de 180 fr.]) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées du 3 novembre au 28 décembre 2010, plus TVA à 7,6% d'un montant de 88 fr. 90. S'agissant des opérations effectuées en 2011, le montant reconnu à titre d'honoraires s'élève à 1'229 fr. 40 (6.83 h. x [tarif horaire de 180 fr.]), plus TVA à 8% d'un montant de 98 fr. 35. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'occurrence, il fait état de frais pour un total de 283 francs, montant qui peut être confirmé, et qui représente la somme de 305 fr. 65 avec TVA. L'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 2'892 fr. 30.

**Par ces motifs,
la juge unique
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 29 octobre 2010 par Swica Assurances SA est confirmée.
- III. L'indemnité d'office de Me F._____, conseil du recourant, est arrêtée à 2'892 fr. 30 (deux mille huit cent nonante-deux francs et trente centimes) TVA comprise.
- IV. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.
- V. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me F._____, avocat (pour S._____),
- Swica Assurances SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Cet arrêt est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :