

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 avril 2019

Composition : Mme DESSAUX, juge unique
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

F. _____, à [...] (France), recourant, représenté par Me Philippe Zumsteg,
avocat à Neuchâtel,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 10 al. 1 et 2, 13 al. 1 et 48 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en [...] et domicilié à J._____, en France, était employé en qualité de maçon auprès de la société K._____, à G._____, depuis janvier 2010. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 19 mai 2014, alors qu'il se trouvait en incapacité de travail pour cause de maladie, il a été victime d'un accident de la route en France, des suites duquel il a subi une fracture luxation gléno-humérale droite, des fractures des vertèbres lombaires L4 et L5 avec léger recul du mur postérieur au niveau de la racine L5 gauche ainsi que des fractures des apophyses transverses gauches de L2, L3, L4 et bilatérales L1. Admis d'urgence au H._____, l'assuré a bénéficié d'une chirurgie d'ostéosynthèse et d'une laminectomie L3 à S1 ainsi que d'une ostéosynthèse et réduction de la fracture-luxation de la tête humérale droite.

La CNA a pris en charge le cas et a notamment organisé deux séjours de l'assuré à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 11 décembre 2014 au 23 janvier 2015, puis du 19 mai au 24 juin 2015.

Le 1^{er} décembre 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité.

Aux termes d'une notice téléphonique du 7 juillet 2015 au dossier de la CNA, l'assuré a fait savoir qu'il avait consulté le 6 juillet 2015 le Dr Y._____, chiropracteur à C._____, une nouvelle consultation étant prévue le 15 juillet 2015.

Dans un rapport du 26 août 2015 à la CNA, le Dr Y._____ a posé le diagnostic de status post ostéosynthèse lombo-sacrée L3-S1 et a

précisé que la durée du traitement chiropratique s'étendrait probablement sur trois mois. Le 29 octobre 2015, le Dr Y._____ a fait savoir qu'il dispensait à l'assuré deux à trois jours de traitement une semaine sur deux.

A l'issue d'un examen clinique du 9 novembre 2015, le Dr Q._____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a relevé que le patient bénéficiait d'un traitement de chiropraxie dont l'intensité interrogeait un peu mais qui lui convenait manifestement beaucoup mieux que la prise en charge de la CRR. Le Dr Q._____ estimait cependant qu'à moyen terme, il faudrait quand même que ce traitement laisse la place aux mesures professionnelles auxquelles le patient semblait avoir droit.

Dans un rapport médical du 26 janvier 2016 à la CNA, le Dr Y._____ a indiqué que le traitement avait toujours lieu trois jours consécutifs avec deux ou trois semaines d'interlude. Il a précisé que la poursuite à ce rythme soutenu était prévue encore deux ou trois mois.

Aux termes d'une note d'entretien téléphonique du 2 mai 2016 au dossier de la CNA, l'assuré a demandé à l'assureur une participation à ses frais de déplacement pour se rendre chez le Dr Y._____, précisant qu'il dormait chez sa sœur les jours de traitement.

Par courrier non daté, versé au dossier de la CNA le 24 mai 2016, l'assuré a confirmé sa demande de remboursement des frais de déplacement entre son domicile et le cabinet du Dr Y._____ des dix derniers mois, indiquant qu'il avait parcouru 5'950 kilomètres et s'était acquitté de 600 fr. de frais de parking.

Il ressort d'un rapport interne au dossier de la CNA que lors d'une entrevue du 28 juin 2016, le case manager de la CNA a indiqué à l'assuré que l'assureur ne pourrait pas intervenir pour tous les kilomètres effectués.

Par courrier du 10 août 2016, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle mettait un terme à la prise en charge du traitement de chiropraxie

avec effet immédiat, compte tenu de l'évolution de la situation au plan médical et du fait que le traitement dispensé, à raison de deux séances par jour trois jours par semaine, ne satisfaisait pas à l'exigence légale d'économicité du traitement.

Aux termes d'un rapport d'entretien du 23 août 2016, l'assuré a indiqué au case manager de la CNA qu'il entendait continuer un traitement chiropratique et consulterait à cet effet le Dr B. _____ à J. _____.

A l'issue d'un entretien téléphonique échangé avec l'assuré le 1^{er} septembre 2016, le case manager de la CNA a établi le compte-rendu suivant :

« Il a vu un Chiropraticien à J. _____ près de chez lui.

Ce médecin n'est pas équipé comme le Dr Y. _____ de C. _____ qui a de nombreux appareils.

Notre assuré pense qu'un traitement chez le chiropraticien à J. _____ ne l'aiderait pas vraiment. Il souhaiterait vivement pouvoir continuer le traitement chez le Dr Y. _____.

Nous indiquons que nous examinerons ce point avec notre médecin d'arrondissement. Nous lui donnerons des nouvelles. »

Par courrier du 26 octobre 2016, l'assuré a annoncé à la CNA la régression de son état de santé et a demandé une décision formelle s'agissant de la fin de la prise en charge des frais de traitement chez le Dr Y. _____.

Dans un rapport d'examen du 21 novembre 2016, le Dr Q. _____ a estimé qu'un traitement de chiropractie intensif pourrait être imaginé, mais limité dans le temps, précisant que la question des frais de déplacement sortait du champ médical.

Aux termes d'un compte-rendu téléphonique du 20 décembre 2016, la CNA a confirmé le 16 décembre 2016 au Dr Y. _____ la prise en charge de la suite du traitement de chiropraxie, précisant qu'elle n'interviendrait pas pour les frais de déplacement de l'assuré.

Selon une notice interne du 28 décembre 2016 au dossier de la CNA, le case manager a laissé un message téléphonique à l'assuré le 21 décembre 2016, à teneur duquel l'assureur prenait à nouveau en charge le traitement de chiropraxie durant trois mois, mais refusait le remboursement des frais de déplacement y relatifs.

L'assuré a repris le traitement auprès de Dr Y. _____ le 10 janvier 2017, ce dont il a informé la CNA le lendemain.

A teneur d'une notice téléphonique de la CNA du 15 février 2017, l'assureur a fait savoir à l'assuré qu'il lui versait un forfait de 1'000 fr. pour les frais de déplacement relatifs à ses traitements médicaux en 2017.

Par décision du 24 août 2017, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 32,5%.

Dans un avis du 29 août 2017, le Dr Q. _____ a considéré que la reprise de la chiropraxie, interrompue au cours de mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité, pouvait se concevoir à raison d'une à deux séances par semaine pour une durée limitée.

Par courrier du 30 août 2017, l'assuré, représenté par Me Philippe Zumsteg, a demandé à la CNA la reprise du versement des indemnités journalières ensuite de l'interruption du stage de réadaptation de l'assurance-invalidité au 30 août 2017. Il a en outre fait valoir que ses frais de déplacement et de parking pour se rendre chez ses médecins, notamment à C. _____, s'élevaient à 15'816 fr. pour la période courant jusqu'au août 2017. Compte tenu de deux acomptes de 1'000 fr. versés antérieurement par l'assureur-accidents, l'assuré réclamait le versement de 13'816 francs.

Le 6 septembre 2017, l'assuré a requis de la CNA une décision formelle quant à la prise en charge des frais de déplacement.

Dans un avis du 19 septembre 2017, le Dr Q._____ a estimé qu'il n'existait pas de justification médicale à ce que le traitement de chiropraxie soit prodigué à C._____.

Par courrier du 31 octobre 2017 à la CNA, l'assuré a notamment indiqué que le traitement entrepris au [...] à J._____ n'avait apporté aucune solution significative et concrète.

Dans un courrier du 16 novembre 2017, la CNA a signifié à l'assuré qu'il pouvait suivre une à deux séances de chiropraxie par semaine mais qu'il n'était médicalement pas nécessaire que ce traitement ait lieu chez le Dr Y._____ à C._____. L'assureur-accidents a précisé que si l'assuré souhaitait poursuivre son traitement auprès de ce médecin, les frais de déplacement y relatifs ne pourraient pas être pris en charge. La CNA a également refusé de rembourser les frais de déplacement passés.

Le 20 novembre 2017, la CNA a indiqué qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 novembre 2017 au motif que les suites accidentelles étaient désormais stabilisées et que l'assurance-invalidité ne mettrait pas en œuvre des mesures de réadaptation. Elle a cependant confirmé qu'elle continuerait à prendre en charge le traitement de chiropraxie à raison de deux séances par semaine, annonçant qu'elle examinerait s'il avait encore droit à d'autres prestations d'assurance, telle qu'une rente d'invalidité.

Par décision du 11 décembre 2017, la CNA a refusé le remboursement des frais de voyage encourus par l'assuré en lien avec son traitement auprès du Dr Y._____, au motif qu'ils n'étaient pas nécessaires.

Le 18 janvier 2018, l'assuré s'est opposé à la décision précitée, concluant au remboursement par la CNA de 15'397 fr. 60 au titre des frais de voyage encourus jusqu'au 31 décembre 2017 ainsi qu'à la couverture des frais de déplacement et de traitement futurs. L'assuré a notamment

produit un certificat du DrB._____ du 12 janvier 2018, aux termes duquel le chiropraticien a indiqué qu'après anamnèse et consultation des résultats des examens spécialisés, il lui avait paru évident que les traitements du Dr Y._____ étaient plus judicieux et appliquaient des pratiques chiropratiques spécifiques qu'il ne possédait pas, raison pour laquelle il avait orienté le patient à C._____, malgré les distances kilométriques, pour des soins plus adaptés et les plus efficaces possibles.

Par décision sur opposition du 7 février 2018, la CNA a confirmé le refus de prise en charge des frais de voyage et de parking liés au traitement de chiropraxie auprès du Dr Y._____. La CNA a fait valoir qu'en application de l'obligation de réduire le dommage, l'assuré devait recourir au médecin le plus proche qui était en mesure de traiter le problème médical et que de ce fait, l'assurance-accidents ne remboursait que le montant équivalent aux frais de transport jusque chez le médecin ou le thérapeute le plus proche. Si la personne accidentée choisissait un lieu de traitement plus éloigné, les frais supplémentaires qui en résultaient étaient à sa charge. La CNA a précisé que même à retenir que le Dr Y._____ utiliserait certaines pratiques chiropratiques spécifiques, voire plus efficaces, que le chiropracteur B._____ ne posséderait pas, cela n'était pas suffisant au sens de la loi pour considérer que les frais de déplacement jusqu'à Genève étaient nécessaires. Elle estimait en particulier qu'il n'était pas établi que le traitement du Dr Y._____ serait le seul traitement susceptible de conduire à l'amélioration qu'un traitement de chiropraxie est censé apporter. La CNA a encore relevé qu'il existait plusieurs cabinets chiropratiques plus proches du domicile de l'assuré, par exemple dans la région de la M._____. Elle en a déduit qu'on ne pouvait considérer que les frais de déplacement et de parking encourus par l'assuré étaient nécessaires, puisque le traitement de chiropraxie pouvait être suivi dans la localité où ce dernier était domicilié, voire dans d'autres cabinets situés à une distance sensiblement moins importante que celui du Dr Y._____.

B. Par acte du 23 février 2018, F._____, représenté par Me Philippe Zumsteg, a recouru auprès de la Cour de droit public du Tribunal

cantonal de la République et canton de Neuchâtel à l'encontre de la décision sur opposition du 7 février 2018, prenant les conclusions suivantes :

« *Préalablement*

1. Déclarer le présent recours recevable et bienfondé.
2. Octroyer l'assistance judiciaire totale en faveur de M. F. _____, avec effet au 8 février 2018, et désigner le mandataire soussigné en qualité d'avocat d'office.

Principalement et au fond

3. Annuler la décision sur opposition de la SUVA du 7 février 2018.
4. Dire que le traitement que suit M. F. _____ auprès du Dr Y. _____ à C. _____ est nécessaire.
5. Condamner la SUVA à prendre intégralement en charge les frais de déplacement de M. F. _____ pour se rendre chez ce chiropraticien depuis le jour de l'accident et cela jusqu'à une stabilisation de l'état de santé du recourant.
6. Par voie de conséquence, condamner la SUVA à payer un montant de CH 15'381 fr. 75 arrêté au 31 décembre 2017, avec intérêts moyens à 5% l'an dès le 1^{er} mars 2016, au titre de remboursement des frais avancés par le recourant ou ce que justice connaîtra et condamner la SUVA à couvrir les frais de déplacements futurs.

Subsidiairement

7. Constater que la SUVA aurait été prête à prendre en charge les frais de transport si le recourant avait choisi un praticien à M. _____ quel que soit l'utilité d'un tel traitement.
8. Condamner la SUVA à prendre au minimum les frais de déplacement de M. F. _____ de son domicile à M. _____ depuis le jour de l'accident et cela jusqu'à une stabilisation de l'état de santé du recourant.
9. Par voie de conséquence, condamner la SUVA à payer un montant de CH 7'666.20 arrêté au 31 décembre 2017, avec intérêts moyens à 5% l'an dès le 1^{er} mars 2016, au titre de remboursement des frais avancés par le recourant ou ce que justice connaîtra et condamner la SUVA à couvrir les frais de déplacement futurs. »

Par arrêt du 15 mars 2018, la Cour de droit public du Tribunal cantonal de la République et canton de Neuchâtel a transmis la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud comme objet de sa compétence.

Le 20 mars 2018, Me Zumsteg a déposé auprès de la Cour de céans une demande d'assistance judiciaire pour le compte de son client.

Par décision du 20 avril 2018, la juge instructeur a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire dès le 9 mars 2018, comprenant la

commission d'office d'un avocat en la personne de Me Zumsteg et l'exonération de toute franchise mensuelle.

Dans une réponse du 25 juin 2018, l'intimée, représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. L'intimée a en substance fait valoir que les frais de voyage litigieux n'étaient pas nécessaires au sens de la loi, dès lors que l'assuré pouvait bénéficier des mêmes prestations auprès de praticiens à proximité de son domicile, lesquels étaient en mesure de traiter son problème médical. La décision du recourant de se faire traiter par le Dr Y. _____ relevait d'un choix personnel qui n'obligeait pas l'assureur-accidents à prendre à charge les frais de voyage y relatifs.

Par réplique du 13 juillet 2018 et duplique du 10 août 2018, les parties ont maintenu leurs conclusions.

Le 7 novembre 2018, la juge instructeur a tenu une audience d'instruction complémentaire, lors de laquelle l'intimée a été invitée à produire des pièces justifiant de la date du versement des deux acomptes de 1'000 fr. alloués au recourant au titre des frais de transport.

Le 20 novembre 2018, la CNA a transmis au tribunal deux documents intitulés « Décompte frais de traitement » :

- l'un du 1^{er} août 2016 informant l'assuré du versement le 29 juillet 2016 de 1'000 fr., avec les mentions « Transport » et « Remboursement des frais pour les traitements chez le Dr Y. _____. Forfait »,
- le second du 15 février 2017 annonçant le versement de 1'000 fr. le même jour, avec les mentions « Transport », « Forfait pour les frais de déplacements pour le traitement médical en 2017 ».

Le 5 décembre 2018, Me Zumsteg a remis au tribunal sa liste des opérations.

Le 27 février 2019, le recourant a transmis au tribunal une attestation établie le 22 février 2019 par la Dresse W. _____,

chiropraticienne à [...], selon laquelle il serait bénéfique que l'intéressé puisse également être suivi par le Dr Y. _____ une fois par mois, au motif que son confrère utilisait des techniques de traitements qu'elle ne pouvait pas faire.

L'attestation précitée a été transmise à l'intimée pour information le 1^{er} mars 2019.

Le 21 mars 2019, le tribunal a enjoint Me Zumsteg à déposer une liste répertoriant les seules opérations relatives à la présente cause, traitant du refus de l'intimée de prendre en charge les frais de déplacement de l'assuré entre son domicile et le cabinet du Dr Y. _____.

Par courrier du 22 mars 2019, Me Zumsteg a informé le tribunal qu'il n'entendait pas modifier son mémoire de frais et honoraires, l'entier de l'activité déployée étant en lien avec le refus de la CNA de prendre à charge les frais de déplacement de son client. Il s'en est remis à l'entière appréciation du tribunal quant à la fixation de l'indemnité qui serait allouée au titre de l'assistance judiciaire.

E n d r o i t :

1. **a)** Le recourant, ressortissant [...] domicilié en France, sollicite des prestations d'assurances sociales en lien avec un accident survenu en 2014 alors qu'il était employé en Suisse. Compte tenu de ces éléments d'extranéité, le présent litige est soumis à l'Accord du 12 juin 1999 entre la Confédération suisse et la Communauté européenne et ses états membres sur la libre circulation des personnes (RS 0.142.112.681) et au Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004, portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1). Le droit applicable est ainsi le droit suisse, et en particulier LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20).

b) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours est déposé en temps utile et satisfait pour le surplus aux autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

c) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

d) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

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 134 V 418 consid. 5.2.1, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) Est litigieuse en l'espèce la prise en charge par l'intimée des frais de voyage du recourant entre son domicile, à J._____, et le cabinet du Dr Y._____, à C._____, pour y suivre un traitement de chiropraxie, durant la période courant de juillet 2015 à décembre 2017.

Le recourant a principalement conclu à ce qu'il soit constaté que le traitement entrepris auprès du Dr Y._____ était nécessaire et que l'intimée soit condamnée à prendre en charge les frais de voyage et de parking encourus jusqu'au 31 décembre 2017 pour le montant de 15'381 fr. 75 (dont à déduire les 2'000 fr. versés les 29 juillet 2016 et 15 février 2017), ainsi que l'intégralité des frais de déplacement à venir, jusqu'à stabilisation de son état de santé.

Des conclusions constatatoires ne sont admissibles que s'il existe un intérêt juridique ou de fait digne de protection à ce qu'elles soient accordées qui ne saurait être pleinement sauvegardé par une conclusion formatrice (142 V 2 consid. 1.1 ; TF 9C_105/2016 consid. 1.1). Or la conclusion tendant au remboursement par l'intimée des frais de voyage relatifs au traitement suivi auprès de Dr Y._____ jusqu'en décembre 2017 englobe la conclusion constatatoire qu'il a formulée s'agissant du caractère nécessaire du traitement litigieux, de sorte que cette dernière conclusion est irrecevable.

De même, est irrecevable la conclusion tendant à la prise en charge par l'intimée de l'intégralité des frais de déplacement futurs jusqu'à stabilisation de l'état médical, dès lors qu'elle sort de l'objet du litige, la décision entreprise ne traitant que des frais de voyage relatifs à la période du 5 juillet 2015 au 31 décembre 2017.

c) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

3. **a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a). Aux termes de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières s'éteint lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre du traitement une sensible amélioration de l'état de santé et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Dès cette date, le droit éventuel à une rente de l'assurance-accidents prend naissance. Le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixé en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA). Dès que la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) ne sont plus accordées à son bénéficiaire qu'aux conditions de l'art. 21 al. 1 LAA.

Selon l'art. 13 al. 1 LAA, les frais de voyage, de transport et de sauvetage sont remboursés, dans la mesure où ils sont nécessaires. L'art. 20 al. 1 OLAA (ordonnance du 19 décembre 1983 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) précise que les frais nécessaires de sauvetage et de dégagement, ainsi que les frais médicalement nécessaires de voyage et de transport sont remboursés, d'autres frais de voyage et de transport étant remboursés lorsque les liens familiaux le justifient.

L'art. 13 al. 1 LAA, qui ne permet que le remboursement des frais de voyage « nécessaires », s'inscrit dans le cadre de l'obligation générale de diminuer le dommage. L'obligation de réduire le dommage ne figure pas en tant que telle dans la LPGA, sous réserve de l'art. 21 al. 4 LPGA qui régit la réduction ou le refus de prestations en cas de

soustraction ou d'opposition ou encore de défaut de participation de l'assuré, dans les limites exigibles, à un traitement ou à des mesures de réinsertion professionnelle. L'obligation de réduire le dommage s'impose cependant en tant que principe général de rang législatif, même si elle en figure pas expressément dans la loi (ATF 114 V 281 ; ATF 111 V 235 ; ATF 105 V 176 ; MAURER/SCARTAZZINI/HÜRZELER, p. 54 ; RIEMER-KAFKA, Selbst-verantwortung, p. 254 ; LANDOLT, Auswirkungen der 5. IVG-Revision, p. 218). Dans le domaine des assurances sociales, le devoir de limiter autant que possible les conséquences du risque assuré est au demeurant reconnu (ATF 113 V 22 consid. 4a p. 28).

L'art. 48 al. 1 LAA dispose que l'assureur peut prendre les mesures qu'exige le traitement approprié de l'assuré en tenant compte équitablement des intérêts de celui-ci et de ses proches. La conséquence du droit de l'assureur-accidents d'ordonner des mesures de traitement est, d'une part, qu'il est tenu d'allouer des prestations pour des lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 6 al. 3 LAA ; ATF 118 V 286) et, d'autre part, qu'il est en droit de refuser des prestations pour une mesure thérapeutique à laquelle il n'a pas consenti et les suites qui en découlent (ATF 128 V 171 consid. 1b et les arrêts cités). Dans la mesure où l'assureur-accidents exerce le contrôle sur le traitement, il conserve également le contrôle de son accessoire que sont les frais de voyage entre le domicile et le fournisseur de prestations. Il ne peut certes pas porter atteinte au principe du libre choix du médecin. En revanche, sur la base de l'obligation de réduire le dommage, un refus de prise en charge de frais de voyage est admissible s'agissant d'un assuré suivant le traitement médicalement nécessaire en un endroit éloigné de son domicile alors que les infrastructures médicales offrant une prise en charge tout aussi appropriée existent à proximité.

b) La commission ad hoc sinistres LAA a édicté le 29 juin 1994 des recommandations pour l'application de la LAA et de l'OLAA, notamment la recommandation n° 1/94, intitulée « Remboursement de frais (frais de sauvetage, de dégagement, de voyages et de transport, frais

de logement et entretien) ». Dans sa teneur en vigueur ensuite de la révision du 29 juin 2009, cette recommandation dispose notamment ceci :

« (...)

1. En vertu de l'art. 20 al. 1 OLAA on doit rembourser :

1.2 Les frais médicalement nécessaires de voyage et de transport ainsi que d'autres frais de voyage et de transport lorsque les liens familiaux le justifient.

Lorsque l'assuré se déplace de manière indépendante, utilise un moyen de transport, voire conduit lui-même un véhicule, nous parlons de frais de voyage.

(...)

2.1 Sont nécessaires au sens des dispositions de la loi et de l'ordonnance

(...)

- les frais de voyage jusque chez le médecin ou à l'hôpital le plus proche qui est en mesure de traiter le problème médical, ainsi que
- l'utilisation du moyen de transport adapté à la gravité de la blessure subie.

(...) »

Destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales, les directives de l'administration n'ont pas force de loi et, par voie de conséquence, ne lient ni les administrés ni les tribunaux ; elles ne constituent pas des normes de droit fédéral au sens de l'art. 95 let. a LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110) et n'ont pas à être suivies par le juge. Elles servent tout au plus à créer une pratique administrative uniforme et présentent à ce titre une certaine utilité ; elles ne peuvent en revanche sortir du cadre fixé par la norme supérieure qu'elles sont censées concrétiser. En d'autres termes, à défaut de lacune, les directives ne peuvent prévoir autre chose que ce qui découle de la législation ou de la jurisprudence (ATF 132 V 121 consid. 4.4 p. 125 et les références ; 131 V 42 consid. 2.3 p. 45 et les références).

4. **a)** Les parties s'opposent sur la question de la prise en charge des frais de voyage en lien avec le traitement de chiropraxie auprès du Dr Y. _____ à C. _____. Aux termes de la décision entreprise, l'intimée a refusé une telle prise en charge, estimant que si la nécessité d'un traitement de chiropraxie n'était pas contestée, il n'était pas

nécessaire que le recourant le suive à C._____, dès lors que des possibilités de prise en charge existaient proches de son domicile, à J._____.

De son côté, le recourant se prévaut du libre choix du médecin pour prétendre au remboursement de l'intégralité de ses frais de voyage. Il argue notamment du fait que seul le traitement prodigué par le Dr Y._____ est adéquat et permet une amélioration de son état de santé, et qu'en ceci, il était nécessaire.

b) Certes, à teneur de l'art. 10 al. 2 LAA, l'assuré peut choisir librement son médecin, son dentiste, son chiropraticien, sa pharmacie ou l'établissement hospitalier dans lequel il veut se faire soigner. Ce droit fondamental de l'assuré n'est pas contesté en l'espèce : l'assuré a pu librement choisir de se faire traiter par le Dr Y._____, et l'intimée a pris en charge les notes d'honoraires de ce praticien. La question du choix du médecin et celle du remboursement des frais de voyage au sens de l'art. 13 LAA sont toutefois des problématiques distinctes. Le droit de librement choisir son médecin n'implique en effet pas celui d'obtenir le remboursement des frais de voyage pour se rendre au cabinet dudit médecin. Les art. 13 al. 1 LAA et 20 OLAA sont clairs à cet égard : les frais de voyage ne peuvent être mis à charge de l'assureur-accidents que dans la mesure où ils sont médicalement nécessaires. Or, ne sont pas médicalement nécessaires les déplacements pour se rendre au cabinet d'un praticien éloigné de son domicile si un traitement approprié peut être dispensé proche de son domicile. Si, dans cette hypothèse, le patient préfère consulter un médecin éloigné de chez lui, il reste libre de le faire, mais il ne peut prétendre que les déplacements étaient médicalement nécessaires, puisque que des soins adéquats pouvaient être dispensés dans un environnement proche, sans déplacements conséquents.

Au vu de leur formation certifiée en chiropraxie, tant le Dr Y._____ que le Dr B._____ sont présumés disposer des compétences professionnelles spécifiques nécessaires pour dispenser le traitement approprié des lésions résultant de l'accident dont a été victime le

recourant. Le recourant entend renverser cette présomption et soutient que seul le Dr Y._____, à défaut de tout autre praticien, est capable de lui fournir un traitement adéquat et efficace. A aucun moment cependant, il n'a expliqué concrètement en quoi le Dr B._____ ne disposait pas des compétences médicales nécessaires et en quoi une éventuelle différence d'approche thérapeutique par rapport au Dr Y._____ permettrait d'aboutir à la conclusion que le traitement qu'il proposerait ne serait pas approprié au sens de l'art. 10 LAA. Tant dans ses écritures que lors de l'audience du 7 novembre 2018, le recourant est resté vague à ce sujet et n'a fourni aucune argumentation motivée au plan médical ni aucune explication concrète. On remarquera à cet égard qu'il a informé la CNA le 23 août 2016 s'apprêtait à consulter le Dr B._____ et le 1^{er} septembre 2016 déjà, il faisait savoir à la CNA que le Dr B._____ n'était pas équipé des mêmes appareils que le Dr Y._____, ce qui l'amenait à penser qu'un traitement chez le Dr B._____ ne l'aiderait pas vraiment, raison pour laquelle il souhaitait continuer le traitement auprès du Dr Y._____. L'assuré semble ainsi être d'emblée parti du postulat qu'un traitement prodigué par le Dr B._____ était voué à l'échec, sans toutefois parvenir à fournir des éléments de nature à convaincre le tribunal du bienfondé de ses allégations.

L'attestation du 12 janvier 2018 du Dr B._____, établie à la demande du recourant dans le cadre de la procédure d'opposition, ne permet pas non plus de renverser la présomption de compétences équivalentes. Dans cette attestation de quelques lignes, qu'on ne saurait qualifier de circonstanciée contrairement à ce que fait valoir le recourant, le Dr B._____ se limite à indiquer qu'après avoir établi l'anamnèse du patient et consulté les résultats des examens spécialisés, il lui avait paru évident que les traitements du Dr Y._____ étaient plus judicieux, dès lors qu'ils utilisaient certaines pratiques chiropratiques spécifiques que lui-même ne possédait pas, et permettraient des soins plus adaptés à l'état de santé du patient et les plus efficaces possible. Le Dr B._____ ne motive toutefois pas en quoi les traitements qu'il prodiguerait n'auraient pas été appropriés à l'état de santé de l'assuré et n'auraient pas permis d'atteindre le but recherché par un traitement de chiropraxie, même cas

échéant par d'autres moyens. A titre anecdotique, on relèvera encore qu'au vu des informations fournies par le Dr B. _____ sur son site internet, il dispose d'un équipement thérapeutique de pointe et a été chiropracteur de [...] jusqu'en 2000.

La même conclusion s'impose s'agissant de l'attestation établie le 22 février 2019 par la Dresse W. _____. Se limitant à affirmer qu'un traitement auprès du Dr Y. _____ serait également bénéfique, dès lors que ce médecin utilise des techniques de traitement dont elle ne dispose pas, la Dresse W. _____ n'apporte aucun élément médical suffisamment motivé pour remettre sérieusement en cause le bienfondé de la décision entreprise.

c) En définitive, le dossier en mains du tribunal ne contient aucun élément médical concret et motivé permettant de renverser la présomption selon laquelle tant le Dr B. _____ que le Dr Y. _____, de même que tout autre chiropraticien certifié, disposaient des compétences adéquates pour dispenser à l'assuré un traitement approprié à son état de santé, au sens de l'art. 10 al. 1 LAA. Ainsi, à l'instar du Dr Q. _____, on retiendra qu'il n'existait pas d'impératif d'ordre médical à ce que le traitement de chiropraxie ait lieu à C. _____. Le recourant n'est pas parvenu à établir au degré de la vraisemblance prépondérante qu'un traitement adéquat ne pouvait avoir lieu qu'auprès de Dr Y. _____ à C. _____, ni même qu'à l'extérieur de la localité de J. _____. Les déplacements effectués par le recourant de J. _____ jusqu'à C. _____, de même que ceux, au demeurant hypothétiques, qu'il fait valoir jusqu'à la M. _____, ne peuvent pas être reconnus comme étant nécessaires au sens de l'art. 13 al. 1 LAA. Cela étant, les conclusions du recourant doivent être rejetées.

Les deux montants de 1'000 fr. versés par l'intimée les 1^{er} août 2016 et 15 février 2017 ne conduisent pas à une solution différente car ils ne sont pas survenus dans des circonstances propres à laisser l'assuré valablement croire qu'il aurait droit à la prise en charge de ses frais de déplacement dans une plus large mesure durant la période ici

litigieuse. En effet, d'une part, le 28 juin 2016, un mois après le dépôt de sa demande de remboursement, le case manager de la CNA lui a signifié que la CNA ne pourrait pas prendre en charge la totalité des kilomètres parcourus. Puis, le 1^{er} août 2016 et le 15 février 2017, au moment de ses versements, la CNA a spécifié à l'assuré que ses virements représentaient des prestations forfaitaires relatives à ses frais de transports. Compte tenu de ces éléments, les principes de protection de la bonne foi (ATF 131 II 627 et les références) ne sauraient trouver application. Le recourant ne le soutient d'ailleurs pas.

5. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA ; art. 4 al. 3 TFJDA [tarif vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires.

c) N'obtenant pas gain de cause, le recourant n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

d) Le recourant a obtenu le 20 avril 2018, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération de toute franchise mensuelle, ainsi que la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Philippe Zumsteg (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), avec effet au 9 mars 2018. Il y a donc lieu de fixer la rémunération de l'avocat d'office.

A teneur de l'art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3], le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et un défraiement équitable. L'indemnité qui lui est due doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du

procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur de son travail et du temps consacré. Le juge applique le tarif horaire de 180 fr. pour un avocat. En l'absence de liste des débours, le conseil juridique commis d'office reçoit une indemnité forfaitaire de 50 fr. pour une affaire transigée avant l'ouverture d'action et de 100 fr. dans les autres cas (art. 3 al. 3 RAJ).

En l'espèce, Me Philippe Zumsteg a chiffré son travail à 29 heures et 30 minutes, couvrant la période du 23 janvier au 4 décembre 2018, et a requis une indemnité forfaitaire pour ses dépens de 506 fr. 15 TVA comprise. La liste des opérations produite comprend cependant des actes antérieurs à la date dès laquelle l'assistance judiciaire a été accordée, soit le 9 mars 2018, lesquelles ne peuvent donc pas donner lieu à une indemnité au titre de l'assistance judiciaire. La note d'honoraires de Me Philippe Zumsteg contient également des opérations étrangères à l'objet du présent litige, lequel porte sur le refus de prise en charge par l'intimée des frais de déplacement du recourant de son domicile au cabinet du Dr Y._____. Il s'agit notamment des démarches auprès de l'avocate française chargée de la défense des intérêts de l'assuré dans le cadre des procédures pénale et/ou civile des suites de l'accident de circulation du 19 mai 2014, auprès du V._____, de la CNA et de la X._____. L'assuré connaissant d'autres contentieux avec la CNA en lien avec d'autres prestations de l'assurance-accidents, il est vraisemblable que les nombreuses démarches entreprises par Me Philippe Zumsteg auprès de la CNA soient en lien avec des prestations, étrangères à l'objet du présent litige. Quand bien même elles seraient directement liées aux frais de déplacement litigieux, ces opérations ne pourraient être prises en compte pour le calcul de l'indemnité d'assistance judiciaire, dès lors que compte tenu de l'effet dévolutif du recours, elles n'avaient plus lieu d'être. La même conclusion s'impose s'agissant des nombreuses opérations facturées concernant des relations avec la X._____. En définitive, le temps total consacré à la défense du recourant dans le litige l'opposant à la CNA concernant la seule question du remboursement de ses frais de déplacement entre son domicile et le cabinet du Dr Y._____ doit être

réduit à 12 heures, comprenant également les opérations ultérieures au 4 décembre 2018 et la prise de connaissance du présent jugement.

C'est ainsi un montant de 2'160 fr. (12 heures au tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées pendant la période considérée, plus TVA à 7,7 % d'un montant de 166 fr. 30. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de ses débours à hauteur d'un forfait de 100 fr., plus TVA à 7,7 % de 7 fr. 70, dès lors qu'il n'a pas présenté de liste de débours au sens de l'art. 3 al. 3 RAJ. Au total, l'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 2'434 francs.

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

- I. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision sur opposition rendue le 7 février 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Philippe Zumsteg, conseil de F._____, est arrêtée à 2'434 fr. (deux mille quatre cent trente-quatre francs), débours et TVA compris.

- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 al. 1 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.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Philippe Zumsteg (pour le recourant),
- Me Didier Elsig (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :