

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 octobre 2020

---

Composition : M. NEU, juge unique  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à Lucerne, intimée.

---

**Art. 46 al. 2 LAA ; 25 LPGA ; 37 al. 4 et 49 al. 3 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** W.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) a travaillé en qualité de plâtrier-peintre auprès de la société [...] Sàrl. Il était à ce titre assuré obligatoirement contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

**b)** Le 8 novembre 2017, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation routière. Selon le constat à l'amiable établi à la suite de celui-ci, il a heurté avec l'avant de son automobile l'arrière d'un véhicule à l'arrêt, qui a lui-même percuté une première voiture se trouvant devant lui.

L'assuré a été examiné à l'Hôpital [...] le jour même. Les rapports du 9 novembre 2017 du chirurgien H.\_\_\_\_\_, de la Dre Q.\_\_\_\_\_ et de la radiologue T.\_\_\_\_\_ indiquent qu'à la suite d'un accident de la voie publique, il s'est retrouvé coincé avec sa voiture au milieu de deux voitures, ayant subi d'abord un choc frontal puis un deuxième choc par derrière. Il n'avait pas perdu connaissance mais souffrait d'une amnésie circonstancielle et était très choqué de l'événement.

Son employeur a annoncé cet accident à la CNA par déclaration d'accident du 13 novembre 2017, exposant qu'il avait glissé sur la route et que deux autres voitures étaient impliquées.

Par courrier du 30 janvier 2018, la CNA a informé l'assuré de la prise en charge du cas.

Lors d'un entretien à son domicile du 5 février 2018, l'assuré a déclaré au collaborateur de la CNA qu'il avait été surpris par deux voitures accidentées et arrêtées devant lui alors qu'il rentrait du travail. Malgré un freinage d'urgence, il n'avait pas réussi à s'arrêter. Il avait subi un premier

choc frontal en emboutissant l'arrière du véhicule devant lui. Alors que son véhicule s'était immobilisé, la voiture qui le suivait n'avait pas non plus réussi à s'arrêter et avait embouti l'arrière de sa voiture, ce qui lui avait fait subir un second choc.

Par courrier du 13 février 2018, la CNA a considéré qu'il s'agissait de faits nouveaux qui l'obligeaient à réexaminer la question de l'allocation de ses prestations et a révoqué sa décision de prise en charge du 30 janvier 2018.

Après avoir recueilli des renseignements, notamment auprès des assureurs des autres voitures impliquées dans l'accident du 8 novembre 2017, la CNA a considéré que l'assuré avait sciemment fait de fausses déclarations et a annulé sa décision de prise en charge. Elle a demandé à l'assuré la restitution des indemnités journalières versées à tort, à hauteur de 11'418 fr. 50, et indiqué qu'elle s'adresserait directement à sa caisse maladie pour les prestations en nature (décision du 9 mai 2018).

Dans un courrier du 24 mai 2018, l'assuré s'est opposé à la décision de la CNA, invoquant qu'il n'avait pas été en état de répondre au mieux aux questions soumises en raison de son état de choc et des médicaments pris au moment où ces questions relatives à l'accident lui avaient été posées. On pouvait lui reprocher une mauvaise compréhension de ces dernières, mais non un mensonge. Le corps médical lui avait en outre prodigué des soins à la suite de l'accident, ce qui confirmait les faits et les conséquences de l'accident.

Par décision sur opposition du 30 mai 2018, la CNA a confirmé sa décision du 9 mai 2018.

**c)** La décision sur opposition du 30 mai 2018 étant entrée en force, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a demandé la remise de l'obligation de restituer la somme de 11'418 fr. 50 par courrier du 30 juillet 2018, complété le 20 septembre 2018. Dans le cadre de cet envoi, il a

également demandé la reconsidération de la décision sur opposition du 30 mai 2018.

**d)** Le 6 juin 2018, l'assureur maladie de l'assuré l'a informé qu'il refusait de prendre en charge les frais de traitement consécutifs à l'accident au motif qu'il n'avait pas à supporter les conséquences d'une sanction prise par l'assureur accident, étant précisé que ce dernier admettait l'existence d'un accident.

Par décision du 10 juillet 2018, la CNA a demandé à l'assuré la restitution de la somme de 163 fr. 15 qui avait été versée à titre de frais de traitement.

Le 10 août 2018, l'assuré a fait opposition à cette décision. Il a invoqué sur le plan formel un défaut de motivation et a fait valoir, au fond, qu'il avait annoncé l'accident en temps utile et n'avait jamais fait de fausses déclarations à la CNA de manière intentionnelle. Il a également requis l'octroi de l'assistance juridique gratuite.

Par décision du 21 août 2018, la CNA a rejeté cette opposition, de même que la demande d'assistance juridique gratuite. Elle a considéré la décision attaquée comme suffisamment motivée, qu'il n'y avait pas lieu de revenir sur le principe du refus de prise en charge dans la mesure où la décision sur opposition du 30 mai 2018 était formellement entrée en force, et a constaté que l'assuré ne contestait ni le montant des frais de traitement, ni les délais dans lesquels la demande de restitution avait été prononcée.

**B.** Par acte de son mandataire du 21 septembre 2018, W. \_\_\_\_\_ a fait recours contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation, subsidiairement au renvoi de la cause à la CNA pour instruction et motivation complémentaires, plus subsidiairement à la suspension de la cause jusqu'à droit connu sur sa demande de reconsidération. Il a fait valoir une violation de son droit d'être entendu en raison d'un défaut de

motivation et qu'il n'avait jamais fait de fausses déclarations de manière intentionnelle. Il a en outre requis l'assistance judiciaire.

Dans sa réponse du 4 décembre 2018, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a relevé que la décision sur opposition avait remplacé le prononcé du 10 juillet 2018 et respectait les principes jurisprudentiels en matière de motivation des décisions.

Par réplique du 21 décembre 2018, le recourant a réitéré sa demande de suspension de la procédure.

Le 7 janvier 2019, il a transmis un rapport du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, du 21 décembre 2018, lequel exposait que l'accident de la voie publique du 8 novembre 2017 avait réveillé chez l'assuré des troubles dysthymiques anxio-dépressifs et avait entraîné un syndrome post-traumatique, accompagné de troubles du sommeil, pour lesquels il lui avait prescrit un antidépresseur et un tranquillisant. Il a précisé que ces médicaments pouvaient induire une certaine somnolence et une certaine déconcentration, mais n'avaient pas d'effets négatifs sur le cours de la pensée ni la personnalité.

Par courrier du 10 janvier 2019, le Juge instructeur a suspendu la cause jusqu'à droit connu sur le litige connexe portant sur les demandes de remise et de reconsidération soumises à l'intimée.

**C. a)** Par décision du 20 mars 2019, la CNA a refusé d'entrer en matière sur la demande de reconsidération. Elle a en outre rejeté la demande de remise, la condition de la bonne foi n'étant pas réalisée.

Le 3 mai 2019, l'assuré a formé opposition contre cette décision.

Par décision sur opposition du 17 mai 2019, la CNA a confirmé sa décision du 20 mars 2019.

**b)** L'assuré a recouru le 13 juin 2019 contre cette décision auprès de la Cour de céans.

Par arrêt du 14 février 2020 (AA 80/19 - 22/2020), la Cour de céans a partiellement admis son recours, annulé la décision sur opposition rendue le 17 mai 2019 par la CNA en tant qu'elle portait sur la question de la remise de l'obligation de restituer et renvoyé la cause à cette assurance pour nouvelle décision au sens des considérants.

**D.** Dans ses déterminations du 6 mars 2020, le recourant a maintenu sa position, se référant à l'arrêt de la Cour de céans du 14 février 2020 et précisant qu'une éventuelle suppression du droit aux prestations devait s'examiner pour chaque prestation d'assurance. Il a sollicité la suspension de la cause « jusqu'à droit connu sur la demande de remise de l'obligation de restituer les frais payés à titre de prestations en nature ».

Par courrier du 30 mars 2020, la CNA a fait savoir qu'elle n'avait pas d'objections à la suspension de la cause.

Le 7 août 2020, la CNA a indiqué qu'à la suite de l'arrêt de renvoi de la Cour de céans, elle avait reconnu que l'assuré se trouvait dans une situation économique difficile et avait accepté sa demande de remise concernant le versement des indemnités journalières pour un montant de 11'418 fr. 15. S'agissant du présent recours, elle a maintenu sa position et précisé que la question de la remise ne se posait pas encore, la décision de restitution n'étant pas entrée en force et aucune demande de remise formelle n'ayant été formulée.

Dans ses déterminations du 18 août 2020, le recourant a également maintenu sa position.

**E n d r o i t :**

**1. a)** 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 [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 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).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**c)** 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.** Le litige porte sur le point de savoir si la CNA est fondée à réclamer au recourant la restitution d'un montant de 163 fr. 15 au titre de prestations en nature versées à tort et si c'est à juste titre qu'elle a refusé de le mettre au bénéfice de l'assistance juridique gratuite.

**3.** Dans un premier grief de nature formelle, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu pour défaut de motivation de la décision attaquée, en tant que l'intimée n'aurait pas examiné les motifs pertinents soulevés.

**a)** Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que

l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les références citées). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

**b)** Il faut constater que la motivation de la décision sur opposition du 21 août 2018, même succincte, est suffisante pour permettre au recourant de se rendre compte de la situation et il a d'ailleurs pu l'attaquer utilement par le présent recours. Dans la décision litigieuse, la CNA réitère son refus de prester en se référant explicitement à la décision sur opposition du 30 mai 2018, qui est connue du recourant. Elle expose ensuite qu'elle lui réclame le remboursement des frais de traitement qu'elle a payés, au motif que la caisse-maladie de l'assuré a refusé de les prendre à sa charge. Pour le reste, les griefs formulés par le recourant se confondent avec celui de violation du droit et seront examinés avec le fond du litige.

**4. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

**b)** Les art. 45 à 47 LAA traitent de la déclaration et de la constatation des circonstances de l'accident (Jean-Maurice Frésard/ Margit Moser-Szeless, l'assurance-accidents obligatoire, in : U. Meyer (édit.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 3<sup>e</sup> éd., Bâle 2016, n° 588, p. 1062).

Selon l'art. 46 al. 2 LAA, l'assureur peut réduire de moitié toute prestation si, par suite d'un retard inexcusable dû à l'assuré ou à ses survivants, il n'a pas été avisé dans les trois mois de l'accident ou du décès de l'assuré ; il peut refuser la prestation lorsqu'une fausse déclaration d'accident lui a été remise intentionnellement. Cette disposition vise à réprimer un comportement dolosif tendant à obtenir de l'assurance plus que ce à quoi l'on aurait droit (TF 8C\_388/2017 du 6 février 2018 consid. 2 et les références citées).

N'importe quelle fausse information contenue dans la déclaration d'accident suffit, dès lors qu'elle conduit à l'octroi de prestations d'assurance plus élevées que celles auxquelles la personne assurée aurait droit conformément à la situation effective. La condition préalable à cette sanction est ainsi que les informations erronées figurant dans la déclaration d'accident aient été faites intentionnellement et que l'intention ait été précisément d'inciter l'assureur-accident à verser des prestations non dues ou trop élevées. Tombe sous le coup de cette disposition la déclaration intentionnelle d'un salaire trop élevé, lorsque cela conduit au versement de prestations en espèces fixées sur la base d'un gain assuré trop élevé. L'assureur doit examiner une telle éventualité pour chaque prestation en particulier en respectant l'interdiction de

l'arbitraire, ainsi que les principes de l'égalité de traitement et de la proportionnalité. Une condamnation pénale, en particulier pour escroquerie, n'est pas une condition nécessaire pour faire usage de l'art. 46 al. 2 LAA (ATF 143 V 393 consid. 6.2 et 7.3 ; TF 8C\_68/2017 du 4 septembre 2017 consid. 4.3).

**c)** Aux termes de l'art. 25 al. 1 première phrase LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. Les prestations allouées sur la base d'une décision formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel ne peuvent toutefois être répétées que lorsque les conditions d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) ou d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) sont remplies (ATF 142 V 259 consid. 3.2).

**d)** Le destinataire d'une décision de restitution qui entend la contester dispose en réalité de deux moyens qu'il convient de distinguer de façon claire : s'il prétend qu'il avait droit aux prestations en question ou conteste que les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale sont réunies, il doit s'opposer à la décision de restitution dans un délai de trente jours. En revanche, s'il admet avoir perçu indûment les prestations, mais qu'il invoque sa bonne foi et les difficultés économiques qu'il rencontrerait en cas de remboursement, il doit présenter une demande de remise au sens des art. 3 à 5 OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11). L'art. 4 al. 4 OPGA prévoit que la demande de remise doit être présentée par écrit. Elle doit être motivée, accompagnée des pièces nécessaires et déposée au plus tard trente jours à compter de l'entrée en force de la décision de restitution.

**5. a)** Il s'agit d'examiner en l'occurrence si c'est à juste titre que la CNA demande au recourant la restitution d'un montant de 163 fr. 15 en application de l'art. 46 al. 2 LAA. Contrairement à ce que laissent entendre certaines écritures du recourant, notamment celle du 6 mars 2020, il n'est pas encore question d'une éventuelle remise de l'obligation de restituer puisque la décision de restitution n'est pas entrée en force. Une telle

demande de remise n'a d'ailleurs pas encore été faite selon les renseignements donnés par la CNA (écriture du 7 août 2020).

**b)** Dans la décision litigieuse, la CNA se réfère à sa décision sur opposition du 30 mai 2018, par laquelle elle a refusé de prendre en charge les suites de l'accident du 8 novembre 2017 en application de l'art. 46 al. 2 LAA, et estime qu'il n'y a plus lieu de revenir sur ce point puisque cette décision sur opposition est entrée en force. Il faut toutefois constater que la jurisprudence relative à l'art. 46 al. 2 LAA exige d'examiner séparément si, et dans quelle mesure, chacune des prestations peut être réduite ou supprimée. Or s'il est vrai que la demande de remboursement des indemnités journalières versées au recourant est devenue exécutoire à l'entrée en force de la décision sur opposition du 30 mai 2018, il convient d'examiner, de manière séparée, si la CNA est également légitimée à solliciter, en application de l'art. 46 al. 2 LAA, le remboursement des frais médicaux qu'elle a pris en charge.

A cet égard, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que du point de vue de la proportionnalité, le remboursement des coûts des soins doit être traité différemment de celui des indemnités journalières (ATF 143 V 393 consid. 8.3). Il faut constater qu'en l'occurrence, il est admis que le recourant a effectivement subi un accident de la circulation en date du 8 novembre 2017, ce qui n'est pas remis en cause par la CNA. En outre, comme déjà mentionné dans l'arrêt du 14 février 2020, le recourant n'a pas donné de fausses informations dans la déclaration d'accident et il a notamment transmis à la CNA le constat d'accident à l'amiable, qui permet de constater qu'il a embouti la voiture qui était arrêtée devant lui. S'il a, semble-t-il, expliqué aux médecins qui l'ont examiné qu'il avait été pris entre deux voitures comme cela figure dans leurs rapports (rapports du 9 novembre 2017 des Drs T.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_) et en a fait de même lors de son entretien à domicile du 5 février 2018, on ne voit pas que ces déclarations aient été effectuées en vue d'inciter l'assureur-accidents à verser des prestations non dues. Il ressort au contraire des pièces du dossier que l'intéressé a présenté, ensuite de l'accident, un état de choc (rapport des Drs

H.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ du 9 novembre 2017), une détresse psychologique ainsi que des troubles anxieux et du sommeil (rapport du 21 décembre 2018 du Dr M.\_\_\_\_\_). Les explications du recourant selon lesquelles il aurait, lors des déclarations litigieuses, été sous l'effet de nombreux médicaments sont en outre corroborées par le rapport du 9 novembre 2017 des Drs H.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ attestant de la prescription de Tramadol, Irfen, Tranxilium, Dafalgan, Efexor et Clexan. Force est de constater que ces médicaments peuvent avoir eu des effets sur les capacités cognitives du recourant, singulièrement celle à comprendre les questions qui lui avaient été posées tant par les médecins que par l'interlocuteur de l'assureur-accidents, respectivement à y répondre de manière parfaitement adéquate. En outre, il n'est pas contesté que les soins qui lui ont été prodigués visaient à traiter les conséquences de l'accident. Dans ces circonstances, la décision de la CNA de refuser la prise en charge des soins consécutifs à l'accident apparaît contraire au principe de proportionnalité. Il convient donc de réformer la décision sur opposition du 21 août 2018 en ce sens que la CNA doit prendre en charge les frais de traitement à hauteur de 163 fr. 15. La demande de restitution devient dès lors sans objet.

**6. a)** Enfin, l'intéressé conteste le refus d'octroi de l'assistance juridique en procédure administrative.

**b)** D'après l'art. 37 al. 4 LPGA, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances l'exigent.

Dans la procédure en matière d'assurances sociales, l'assistance d'un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il est fait appel à lui parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entrent pas en considération. Il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la

personne concernée, comme sa capacité à s'orienter dans une procédure (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les références ; TF 9C\_786/2017 du 21 février 2018 consid. 4.2).

En outre, le point de savoir si l'assistance d'un avocat est nécessaire doit être tranché d'après les circonstances concrètes objectives et subjectives. Pratiquement, il faut se demander pour chaque cas particulier si, dans des conditions semblables et dans l'hypothèse où le requérant ne serait pas dans le besoin, l'assistance d'un avocat serait judicieuse, compte tenu du fait que l'intéressé n'a pas lui-même des connaissances juridiques suffisantes et que l'intérêt au prononcé d'un jugement justifierait la charge des frais qui en découlent (ATF 130 I 180 consid. 2 ; TF 8C\_297/2008 du 23 septembre 2008 consid. 3.2).

**c)** Contrairement à ce qu'a retenu l'intimée, l'assistance juridique administrative ne pouvait être refusée à l'assuré en raison de l'absence de chances de succès de la procédure, la CNA ne pouvant ignorer la jurisprudence publiée aux ATF 143 V 393, antérieure aux décisions litigieuses. Cela étant, le recourant avance notamment le caractère complexe de son dossier pour justifier la nécessité de se faire assister d'un avocat. Cette argumentation ne convainc toutefois pas. La présente procédure ne revêt en effet pas une complexité telle que l'assistance d'un avocat s'avérerait nécessaire pour la défense de ses intérêts. Preuve en est qu'il a utilement contesté la décision de restitution rendue par la CNA le 9 mai 2018 portant sur les indemnités journalières versées, sans l'assistance d'un avocat. On ne saurait par conséquent parler d'un état de fait et de questions juridiques complexes auxquels le recourant ne pouvait pas faire face seul ou avec l'aide d'un assistant social ou d'une association chargée de la défense des intérêts des assurés. Il faut en outre souligner que le présent litige porte sur une valeur litigieuse de 163 fr. 15 si bien que le recours à un avocat dans de telles circonstances n'apparaît pas forcément judicieux. L'assistance d'un avocat n'étant objectivement pas indiquée au vu des circonstances concrètes du cas d'espèce, c'est à juste titre que l'assistance juridique gratuite a été refusée au recourant.

**7. a)** Le recours est par conséquent partiellement admis. La décision sur opposition du 21 août 2018 est réformée en ce sens que la CNA doit prendre à sa charge les frais de traitement de 163 fr. 15, annulée en tant qu'elle ordonne la restitution de ce montant et confirmée sur la question du refus d'assistance juridique gratuite.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**c)** Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 1'000 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée.

**d)** Par décision du juge instructeur du 3 décembre 2018, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 21 septembre 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 8 septembre 2020. Ces opérations sont justifiées, à l'exception de celles effectuées par un juriste, s'élevant à 30 minutes, qui n'ont pas à être prises en charge (CASSO AI 310/19 - 117/2020 du 8 mai 2020). Les opérations effectuées le 19 mai 2020 doivent en outre être rémunérées au tarif horaire de 180 fr. et non de 300 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]) et il convient d'appliquer le forfait de 5 % du défraiement hors taxe pour les débours (art. 3bis al. 1 RAJ). Au final, l'indemnité de Me Duc est arrêtée à 1'798 fr. 05, débours et TVA compris.

L'indemnité d'office n'étant que partiellement couverte par les dépens, le solde, soit 798 fr. 05 (1'798 fr. 05 - 1'000 fr.), sera provisoirement supporté par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de

le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], 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).

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 21 août 2018 est réformée en ce sens que la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents doit prendre à sa charge les frais de traitement à hauteur de 163 fr. 15, annulée en tant qu'elle ordonne la restitution de ce montant et confirmée sur la question du refus d'assistance juridique.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents doit verser à W. \_\_\_\_\_ la somme de 1'000 fr. (mille francs), à titre de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Duc, conseil du recourant, est arrêtée, après déduction des dépens précités, à 798 fr. 05 (sept cent nonante-huit francs et cinq centimes).
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

Le juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Jean-Michel Duc (pour W. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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 :